



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Helaine Maria da Silva Oliveira

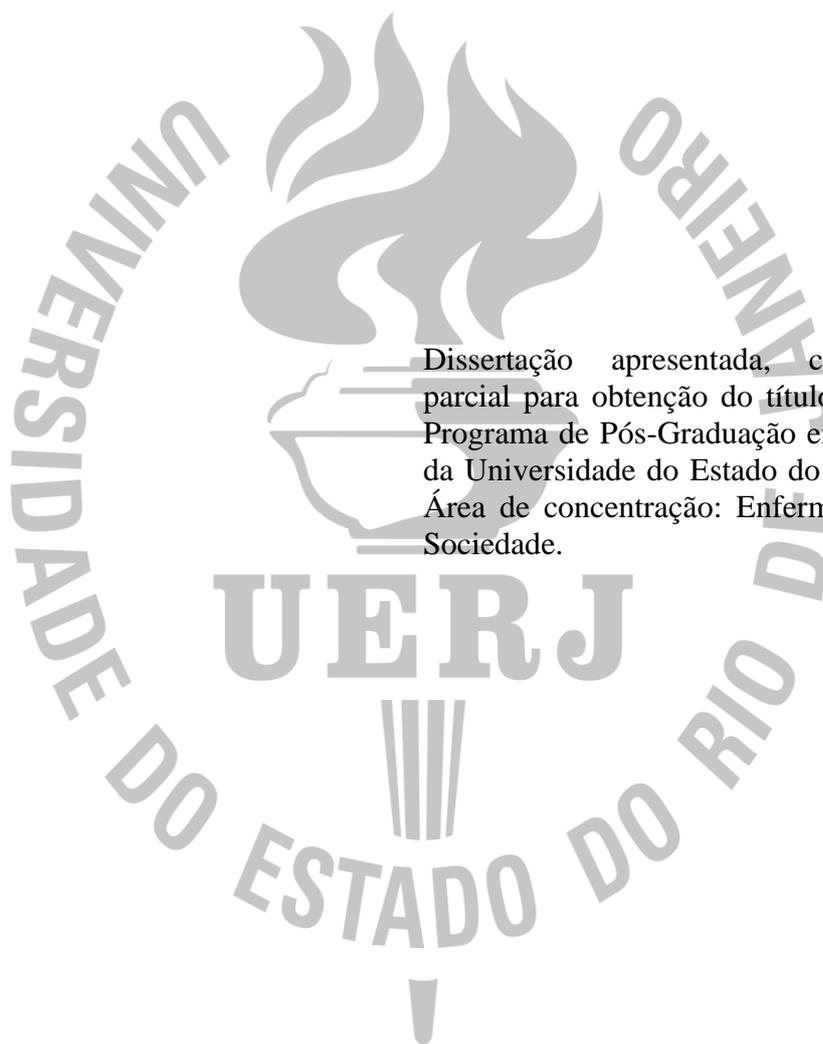
Vivências de mulheres negras em situação de rua: subsídios para atuação da enfermagem

Rio de Janeiro

2023

Helaine Maria da Silva Oliveira

Vivências de mulheres negras em situação de rua: subsídios para atuação da enfermagem



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

O48	<p>Oliveira, Helaine Maria da Silva. Vivências de mulheres negras em situação de rua : subsídios para atuação da enfermagem / Helaine Maria da Silva Oliveira. – 2023. 125 f.</p> <p>Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Pessoas em situação de rua - Teses. 2. Negras - Condições sociais - Teses. 3. Cuidados de enfermagem - Teses. I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
-----	--

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
Dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Helaine Maria da Silva Oliveira

Vivências de mulheres negras em situação de rua: subsídios para atuação da enfermagem

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 30 de novembro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Helena do Nascimento Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Joana Iabrudi Carinhanha
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho às mulheres negras em situação de rua as quais entrevistei, a minha família, em especial ao meu companheiro Ezequiel, minha mãe Jurema, minha irmã Thaiane, minha sobrinha Eloá, minha madrinha Fabiana e também a minha orientadora de vida, Rosângela Santos.

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço a Deus, por todas as estratégias de ajuda, enquanto eu só falhava, o senhor me abria caminhos, me ofertava dias e pessoas para me ajudar. Agradeço a Nossa Senhora da Piedade, Aparecida, a Santa Rita de Cássia e a todos anjos e santos que eu pedi intercessão.

Agradeço a minha ancestralidade a qual todas as vezes que eu ia as ruas, fazer essa pesquisa, eu me recordava e entendia por quais motivos estava lá.

Agradeço a minha mãe Jurema, por me ensinar com seu exemplo a ser tão forte, mesmo quando parece que tudo vai desabar.

Agradeço ao meu pai, Hélio (em memória), por me ensinar a nunca desistir e lutar pelos meus sonhos.

Agradeço a minha irmã Thaianne, por sempre acreditar em mim, ouvir minhas histórias, me chamar atenção quando estava perdendo muito tempo no celular e por respeitar as necessidades de espaço e pouco barulho quando eu precisasse.

Agradeço a minha sobrinha Eloá, por ser essa criança incrível, tranquila, acolhedora e amável e tão madura, mesmo sem precisar ser.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Ezequiel, por todas as vezes que secou meu pranto, não me deixou desistir, me proporcionou a casa, a mesa, lutou pelo silêncio e me lembrou o quão forte eu sou.

Agradeço a minha madrinha Fabiana, por cada oração, cada preocupação, cada abraço e cada risada confiante de que tudo ia dar certo.

Agradeço a minha tia Paula e o meu tio Jorge, por cada vez que se preocuparam com minhas noites de sono, pela produção de café, por me encorajarem e ouvirem minhas histórias.

Agradeço a minha prima Luciana, por cada impressão de repente chegada ao seu e-mail, por me ouvir, imprimir e nunca reclamar, mesmo aquelas das 00 h.

Agradeço a minha sogra, Maria das Neves, por cada comida feita, cada acolhimento e respeito pelo meu estudo.

Agradeço a minha orientadora de vida, Rosângela Santos, por nunca desistir de mim, por me encorajar, me ensinar, se desafiar comigo, orar por mim e me mostrar os caminhos, como se faz com uma filha.

Agradeço a minha orientadora atual, Lucia Helena Garcia Penna, por aceitar o desafio de me orientar, ser paciente, acolhedora e lutar por mim até o final.

Agradeço aos meus amigos Amauri, Cátia e Jaciane, por cada compromisso religioso meu, que vocês assumiram e deram conta sem nem hesitar e por serem minha rede de apoio. Agradeço também aos amigos Weinner e Edilane, por entenderem sobre a minha ausência com meu afilhado e em momentos importantes para vocês.

Agradeço aos amigos que me ajudaram de alguma forma na construção desse material, fosse com artigos, com revisões ou como grupo de apoio. Agradeço a Cíntia Raquel, a Louise, a Thamires, a Aline, a Patrícia, a Maria de Fátima, a Marcia, a Luiziane, a Priscila, a França Helena e ao Matheus Louzada. Em especial, agradeço a Michelle Costa, porque do início ao final se mantém comigo para tudo e ao Pedro Vidal por durante o nosso processo formativo da graduação, me falar sobre a População em Situação de Rua, despertar o meu interesse e ser minha referência e apoio nesse quesito.

Agradeço a cada equipe do Consultório na Rua que me recebeu, pelos vínculos criados, as oportunidades dadas e por cada troca rica vivida.

Agradeço a UERJ, essa universidade que abre portas e busca ser inclusiva o tempo todo. Agradeço a Faculdade de Enfermagem e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem por serem compreensivos e solícitos comigo durante esse processo de mestrado.

Por fim, contudo, não menos importante, eu agradeço a cada mulher negra em situação de rua, por aceitarem participar da entrevista e por suas narrativas de vida, confiadas a mim. Todas as vezes que eu pensei em desistir, vocês foram o principal motivo da minha resiliência.

Agradeço ao final, a todos que mesmo não citados aqui, de alguma forma oraram ou mandaram energias positivas para que eu conseguisse alcançar o meu propósito.

Eles combinaram de nos matar.
E nós combinamos de não morrer.

Conceição Evaristo

RESUMO

OLIVEIRA, Helaine Maria da Silva. **Vivências de mulheres negras em situação de rua: subsídios para atuação da enfermagem.** 2023. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Essa pesquisa teve como objeto de interesse as vivências de mulheres negras em situação de rua. Seus **objetivos** foram: Descrever as principais motivações de mulheres negras para a vivência em situação de rua. Analisar as vivências em situação de rua da mulher negra no âmbito de sua saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Utilizou-se o método Narrativa de Vida na perspectiva etnossociológica de Daniel Bertaux (2010) para a realização da coleta de dados. Na análise dos dados utilizou-se a análise temática por Minayo (2014). As participantes do estudo foram mulheres que se autodeclararam negras, maiores de idade, que viviam em situação de rua, seja antes e/ou durante a pandemia COVID – 19, localizadas nas adjacências das clínicas da família as quais os consultórios na rua das áreas programáticas 1.0 e 3.2 oferecem cuidado. Como **critério de inclusão**, investigou-se mulheres negras, maiores de idade, que tenham vivenciado a situação de rua seja antes e/ou durante a pandemia de COVID-19. E, excluiu-se as mulheres negras em situação de rua que apresentassem desorientação espaço temporal. Para a coleta de dados usou-se a questão norteadora da entrevista: Fale sobre sua vida com relação estar em situação de rua antes e durante a pandemia de COVID 19. Tendo como Perguntas filtros: Porque você foi morar na rua? Como foi morar na rua durante a pandemia para COVID 19? Foram entrevistadas 21 mulheres negras em situação de rua. A saturação dos dados foi o critério para considerar o número das participantes. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP/UERJ) e SMS/RJ sob os Certificados de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 61184822.9.0000.5282 e 61184822.9.3002.5279, respectivamente. Ofereceu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as mesmas. **Resultados:** Categoria 1: Motivos e percepções da mulher negra sobre sua vivência em situação de rua, constituída pelas subcategorias: As situações familiares como fator decisivo para a vivência na rua, contíguo ao uso de drogas e a situação conjugal; e, Vivências na rua: um cenário de vulnerabilidades (individual, social e programática); Categoria 2 – Saúde da mulher negra em situação de rua, constituída pelas subcategorias: O uso de substâncias psicoativas e comorbidades: um cotidiano comum na rua; Ações governamentais e não governamentais e o cuidado em saúde e A resiliência de mulheres em situação de rua: Os sentimentos e a Espiritualidade, respectivamente. **Conclusão:** Os objetivos da pesquisa foram respondidos, observa-se com as respostas a importância de um cuidado baseado no vínculo, na escuta ativa e qualificada. Percebe-se a importância dos consultórios na rua para a assistência das mulheres em situação de rua e junto a isso a necessidade de maior investimento governamental. Como contribuição para a enfermagem, aponta-se a necessidade de maiores estudos, pesquisas, projetos de extensões e discussões na academia, para oferecer maior domínio científico a enfermeira que for atender a essa clientela.

Palavras-chave: Mulheres. População negra. Pessoas em situação de rua. Pandemia covid-19.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Helaine Maria da Silva. **Experiences of black women living on the streets: support for nursing activities.** 2023. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This research was interested in the experiences of black women living on the streets. Its **objectives** were: To describe the main motivations of black women for experiencing homelessness. Analyze the homeless experience of black women in the context of their health. **Methodology:** This is field research, descriptive and exploratory in nature, with a qualitative approach. The Narrative of Life method from the ethnosociological perspective of Daniel Bertaux (2010) was used to collect data. In data analysis, thematic analysis by Minayo (2014) was used. The study participants were self-declared black women, of legal age, who lived on the streets, before and during the COVID-19 pandemic, located adjacent to the family clinics, which are the offices on the street in programmatic areas 1.0 and 3.2. offer care. As an inclusion criterion, black women, of legal age, who had experienced homelessness before and during the COVID-19 pandemic were investigated. And, homeless black women who presented space-time disorientation were excluded. For data collection, the guiding question of the interview was used: Talk about your life in relation to being homeless before and during the COVID 19 pandemic. **Using filter questions:** Why did you live on the street? What was it like living on the street during the COVID 19 pandemic? 21 homeless black women were interviewed. Data saturation was the criterion for considering the number of participants. It was approved by the Ethics and Research Committee (COEP/UERJ) and SMS/RJ under the Certificates of Presentation of Ethical Appreciation (CAAE): 61184822.9.0000.5282 and 61184822.9.3002.5279, respectively. The Free and Informed Consent Form (TCLE) was offered to them. **Results:** Category 1: Motives and perceptions of black women about their experience on the streets, consisting of the subcategories: Family situations as a decisive factor for living on the streets, alongside drug use and marital status; and, Experiences on the street: a scenario of vulnerabilities (individual, social and programmatic); Category 2 – Health of homeless black women, consisting of the subcategories: The use of psychoactive substances and comorbidities: a common daily life on the street; Governmental and non-governmental actions and health care and The resilience of homeless women: Feelings and Spirituality, respectively. **Conclusion:** The research objectives were answered, the answers show the importance of care based on bonding, active and qualified listening. The importance of street clinics for assisting homeless women can be seen, as well as the need for greater government investment. As a contribution to nursing, the need for further studies, research, extension projects and discussions in academia is highlighted, to offer greater scientific mastery to nurses who serve this clientele.

Keywords: Women. Black population. Housed persons. Covid-19.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
CMIG	Conjunto Mínimo de Indicadores de Gênero
CMS	Centro Municipal de Saúde
CnaR	Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Economia Aplicada
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIT	População em Idade de Trabalhar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Apoio Psicossocial
SIS	Síntese de Indicadores Sociais
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCLA	Universidade da Califórnia Los Angeles
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	APRESENTAÇÃO TEMÁTICA	20
1.1	Histórico da População em Situação de Rua	20
1.2	Mulheres em Situação de Rua: interfaces do gênero e etnia	21
1.3	Políticas públicas para a População em Situação de Rua	26
1.4	Vulnerabilidades e População em Situação de Rua	32
2	ABORDAGEM METODOLÓGICA	37
2.1	Tipo de Estudo	37
2.2	Cenário da pesquisa	39
2.3	Participantes do Estudo	42
2.4	Coleta de Dados e Análise de Dados	43
2.5	Aspectos Éticos	46
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
3.1	Caracterização Social das Mulheres negras em situação de rua ...	48
3.2	Categoria 1- Motivos e percepções da mulher negra sobre sua vivência em situação de rua	56
3.2.1	<u>As situações familiares como fator decisivo para a vivência na rua, contíguo ao uso de drogas e a situação conjugal</u>	57
3.2.2	<u>Vivências na rua: um cenário de vulnerabilidades (individual, social e programática)</u>	67
3.3	Categoria 2 – Saúde da mulher negra em situação de rua	83
3.3.1	<u>O uso de substâncias psicoativas e comorbidades: um cotidiano comum na rua</u>	84
3.3.2	<u>Ações governamentais e não governamentais e o cuidado em saúde...</u>	89
3.3.3	<u>A resiliência de mulheres em situação de rua: Os sentimentos e a Espiritualidade</u>	96
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100

REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111
APÊNDICE B - Quadro de Distribuição das Categorias de Análise ...	114
ANEXO A - Termo de Anuência CAP 1.0	116
ANEXO B - Termo de Anuência CAP 3.2	117
ANEXO C - Termo de Anuência CMS Marcolino Candau	118
ANEXO D - Termo de Anuência C.F Anthídio Dias da Silveira	119
ANEXO E - Termo de Anuência C.F Nélio De Oliveira	120
ANEXO F - Parecer do Comitê	121

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de interesse as vivências de mulheres negras em situação de rua.

A motivação para esse estudo surgiu, durante a atuação na graduação, como bolsista de iniciação científica, do projeto intitulado: “Malformação Craniofacial e Consumo de Bebida Alcoólica na Gestação” e, posteriormente, como residente, quando desenvolvi o trabalho de conclusão de Curso da Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo o título da pesquisa foi: “A Atuação de Enfermeiras a Gestantes Usuárias de Álcool e Drogas”. Destaco que, ao realizar uma parte das entrevistas dessa última pesquisa, no que tange ao cuidado pré-natal das mulheres que vivem em situação de rua e são usuárias de álcool e drogas, evidenciei maior vulnerabilidade devido a sua condição, não somente de gestante que era o assunto abordado naquele momento, mas, também como uma mulher no contexto geral de vida.

Para além da questão científica, a motivação também se deu durante o meu trajeto de trem, do ramal Belford Roxo para a Universidade, no qual ao passar pela região chamada “cracolândia”, no bairro Jacarezinho, sempre visualizava muitas mulheres em situação de rua, algumas vezes, compartilhei o espaço do trem com as mesmas e observei que aquela situação de vulnerabilidade extrema, que se dava naquele espaço, em todo o tempo de observação, era composta de forma majoritária de mulheres negras. Por me entender como mulher negra dentro dessa sociedade, da baixada fluminense, de classe social baixa, moradora de periferia e militante por causas relacionadas a saúde da mulher negra, tais realidades despertaram uma inquietação e indagação sobre as vivências dessas mulheres, em particular das mulheres negras em situação de rua.

A Prefeitura do Rio de Janeiro realiza a cada 2 anos um censo demográfico das populações. Em 2018, o censo demográfico realizado pela Prefeitura apontou o quantitativo de 4628 pessoas em situação de rua (3715 na rua e 913 acolhidos). Em 2020, o número de pessoas em situação de rua, na cidade do Rio de Janeiro foi de 7272. Desse número, 5469 pessoas se encontravam nas ruas, sendo 1190 pessoas encontradas em espaços de uso de drogas. As outras 1803 pessoas foram encontradas acolhidas. Considerando tais dados, buscou-se comparar os dados referentes ao ano de 2018 com os de 2020, a fim de averiguar se houve diminuição ou aumento da população em situação de rua; e verificou-se que, houve um

aumento significativo da população em situação de rua, de 2644 no período de 2 anos (DATA RIO, 2020).

Ao analisar os dados estatísticos do censo de 2020 verifica-se que há predominância do sexo masculino nas populações em situação de rua, com 81%. Um total de 79,6% de pessoas negras (pretos e pardos), o que demonstra e consolida as desigualdades impostas pelas questões de etnia, raça e classe. Além da predominância masculina nas ruas, também se tem predominância da cor dessas pessoas, se subentende também sobre a cor que pode ser predominante no que tange ao sexo feminino.

A maior parte das pessoas encontra-se na faixa etária de 31 a 49 anos, fase adulta e em que elas estão trabalhando (DATA RIO, 2020). O que condiz com a resposta das mesmas ao serem interrogadas sobre o que precisam para saírem das ruas: Emprego é a palavra! A maioria dos entrevistados, informou estar nas ruas de 1 a 5 anos e que nasceram no município do Rio de Janeiro. Ao serem indagados sobre o por que irem para as ruas, se obteve como principal motivo o conflito familiar (DATA RIO, 2020).

O Censo também desvela as desigualdades ocasionadas pela pandemia que assolou o país nesse período de 2020. Um total de 752 pessoas informaram que foram para as ruas depois que a pandemia da COVID-19 começou e destacaram como motivo a perda do trabalho (34%) e perda da moradia (19%) (DATA RIO, 2020).

Dados do censo de 2022 revelou que se têm um total de 7865 pessoas em situação de rua. Destas, 5026 pessoas ocupam os espaços da rua, 1227 se encontram ocupando cenas de uso de drogas, totalizando 6253 pessoas. Em instituições, têm-se um número de 1612 pessoas, dentre elas, 1372 estão em Unidades de Acolhimento, 183 em Comunidades Terapêuticas e 57 pessoas estão nos Hospitais e CAPS (DATA RIO, 2022).

Ao comparar o censo atual com os anteriores, percebe-se que entre 2018 e 2020, houve um aumento de 2644 pessoas para a situação de rua. Destas, 1892 não referiram a pandemia Covid-19 como causadora de sua ida para a rua. Já ao comparar o total de pessoas em situação de rua, entre os anos de 2020 a 2022, percebe-se um aumento de 593 pessoas.

Segundo o DATA RIO (2022) houve uma variação positiva de 3,11% para pessoas em cenas de uso de drogas e de 18,39% para as que só estavam nas ruas. Com relação as pessoas em situação de rua, abrigadas em instituições, o aumento foi em 12,02% em relação a 2020.

Por fim, o censo realizado em 2022, relata que número de pessoas em situação de rua aumentou, em comparação ao censo de 2020, porém, o aumento não foi abrupto quando comparado ao crescimento referente aos anos de 2018 para 2020.

É possível pensar que, o ser humano e os processos em que o mesmo está inserido, o coloca em um estado de imersão no enfraquecimento, fragilidades e risco, partindo de uma relação de poder de controle, formas de exclusão, segregação e negação de direitos estimulados por uma sociedade fundamentada em práticas biopolíticas (MALAGÓN-OVIEDO, R.A; CZERESNIA, D, 2015).

As condições de vida, como local de moradia (se o mesmo se encontra em uma região classificada como de risco ou vulnerável, por exemplo, favelas, regiões a beira de rios, próximo a encostas, distante do centro das cidades ou se o seu local de moradia é a rua), qualidade da moradia (casa de madeira, alvenaria, palafitas, pau a pique e também a quantidade de cômodos e pessoas que vivem naquele espaço) expressam situações estruturais, econômicas e sociais de vulnerabilidades devido aos riscos aos quais estão expostos (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; CARMO; GUIZARDI, 2018).

A classe social tende a influenciar diretamente no acesso a maior qualidade de vida. A renda per capita ou familiar que o ser humano tem, a descrição do emprego o qual o ser trabalha e se o mesmo exprime exposição a riscos, atividades insalubres, expressa as situações vulneráveis pertencentes a uma determinada população. No caso de uma pessoa em situação de rua, a classe social que o mesmo ocupa, determina qual o trabalho ele ocupará, o coloca em maiores riscos e o restringe a possibilidades (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; CARMO; GUIZARDI, 2018).

O nível de escolaridade é outro ponto importante, pois o acesso à educação e a qualidade da educação oferecida, tende a influir na capacidade de decisão, reflexão sobre a vida e em como manusear as questões que nela surgem e com isso, tem-se um facilitador de manejo, que leva o ser novamente para a dominação (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; CARMO; GUIZARDI, 2018).

Quando refletimos sobre justiça social não é possível desconsiderar o contexto de vida dos sujeitos e como tais contextos podem contornar suas formas de expressividade, exercendo influências sobre as maneiras como se posicionam na sociedade e como se enxergam. A omissão e/ou o recuo do poder público em seu papel de proteção social cria ciclos de reprodução de situações de opressão, não só no sentido da desigualdade no acesso a políticas e serviços, mas de cerceamento da livre expressão e lutas dos sujeitos, o que esconde a dimensão coletiva da vivência das populações (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Assim, ao mesmo tempo, o ser humano vulnerável pode possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição. É com base nessa última afirmação que concordamos que não se trata apenas de uma condição natural que não permite

contestações. Isso porque percebemos que o estado de vulnerabilidade associa situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

As pessoas de rua são aquelas que vivem nas ruas, por um longo período e em função dessa falta de moradia. Caracterizado por um grupo distinto de pessoas, que possuem a busca pela sobrevivência através de atividades desenvolvidas nas ruas. Muitas das vezes esse grupo populacional perdeu ou enfraqueceu seus vínculos familiares, são pessoas que passaram por um processo de limitação mental e física, causado pela alimentação precária, falta de residência fixa, a exposição à violência e especialmente pelo abuso no uso de drogas e álcool (BRASIL, 2014).

Com o desenvolvimento do capitalismo e ascensão do neoliberalismo, tem-se na sociedade como o principal objetivo econômico a produção de capital, visando o lucro e não se preocupando com a distribuição de riquezas, desta forma, aumentando a exclusão social (PAIVA et al., 2016).

Existem assim cada vez mais pessoas excluídas dos direitos básicos: como saúde, educação, moradia, trabalho, entre outros. E muitas vezes até mesmo dos direitos humanos, com grupos populacionais fadados à invisibilidade (BRASIL, 2014; PAIVA et al., 2016).

Tem-se como principais vulnerabilidades vividas pela população em situação de rua, a violência, alimentação precária e inadequada, a falta do autocuidado, pouco afeto, privação do sono, as bruscas variações climáticas, uso de álcool e drogas e o acesso limitado aos serviços de saúde (BRASIL, 2012; 2014).

A questão de as pessoas usarem a rua como local de residência e permanência torna-se um caso de alta vulnerabilidade social. Apesar de a maioria da população em situação de rua no Brasil, ser composta pelo sexo masculino, esse fato é mais agravante para as mulheres, que, ao se encontrarem nessa situação extrema, expressam condições de inter-relações, devido às circunstâncias referentes ao gênero. Causando prejuízos como: violências físicas, psicológicas, abuso sexual, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada (BRASIL, 2014).

Em dezembro de 2021, segundo cadastros no CadÚnico, eram 158.191 pessoas vivendo nas ruas do Brasil. Em maio de 2022, o número saltou para 184.638, deles 68% se declaram negras, 31% brancas e 1% indígenas e amarelas. Sabe-se também que a população negra que reside em situação de rua é relativamente maior do que as demais populações. Em 2022, se obteve um percentual de 83,7%, de pessoas em situação de rua que se autodeclarou como pretos ou pardos (DATA RIO, 2022; CNN, 2022).

O Rio de Janeiro possui 10.624 de pessoas em situação de rua, um rápido olhar durante uma caminhada pelas ruas de grandes capitais, tal como o Rio de Janeiro, para se dar conta de que os negros são maioria entre as pessoas em situação de rua. A resposta está no processo histórico do país e o nosso processo de formação econômico-social que é ancorado na diferenciação de lugar e valor de sujeitos e corpos, fundamentado na distinção de raça/cor – o racismo (FIOCRUZ, 2021).

A realidade de uma pessoa em situação de rua pode agravar a partir das questões de gênero e etnia. Em uma pesquisa relacionada aos determinantes sociais de saúde, o racismo e o sexismo, estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social, associada a vulnerabilidades em saúde e as agravando (OMS, 2005). Com isso, entende-se que as vulnerabilidades e iniquidades em que a mulher negra em situação de rua está exposta são mais agravantes do que de outras mulheres ou de um homem por ser negro.

Etimologicamente, vulnerabilidade deriva do latim *vulnerare* (ferir, lesar, prejudicar) e *bilis* (suscetível). Por conseguinte, vulnerabilidade é característica ou estado de ser ou estar vulnerável, ou seja, refere-se a que pode ficar fisicamente ferido; sujeito a ser atacado, ofendido, prejudicado ou derrotado (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Segundo Bertolozzi et al (2009), a palavra “vulnerabilidade”, é aplicada para pessoas mais suscetíveis a terem problemas e danos de saúde. Em sua pesquisa, a autora descreve que se considera vulnerabilidade o nível em que essa pessoa ou indivíduo pode estar suscetível a danos, sejam eles naturais, acidentais, ameaça ou um evento adverso. E os mesmos podem ser influenciados pela intensidade e duração dos mesmos e a exposição a outros fatores que venham agravar a situação vivida. Sinaliza ainda, que o termo também pode ser aplicado para a probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre.

A mulher em situação de rua, de qualquer etnia, está numa posição especialmente desfavorável e inerente a esses tipos de violência. A pobreza extrema faz com que muitas estejam mais vulneráveis à violência sexual, física e patrimonial, a ser relacionarem com homens diversos, parceiros ou não (BRASIL, 2014). Para, além disso, a discussão de raça se faz presente, pois se trata em sua maior parte de mulheres negras expostas, excessivamente, ao racismo estrutural da nossa sociedade. Mulheres que vivenciam assim todas as mazelas sociais de classe, gênero e raça (BRASIL, 2014).

Diante de tal contexto são muitos os riscos e as vulnerabilidades biopsicossociais que circundam a vivência de uma mulher negra em situação de rua. Dentre elas, temos, como já

mencionado, o acesso a serviços de saúde, a etnia, as questões de gênero, a classe social dentre outras (NATALINO, 2020).

No que concerne a mulher negra, a mesma é exposta as questões de desigualdades, devido ao gênero, raça e cor à qual está inserida, perpetuando uma prática de exclusão social e discriminação o que provoca maiores comportamentos de riscos, fragilização e dificuldades de enxergar uma perspectiva de melhora a partir do contexto inerente a essa mulher e a falta de seguridade social ofertada pelas instituições governamentais (CARMO, GUIZARDI, 2018).

As questões de gênero originam e perpetuam situações de opressão. A mulher por muitas vezes condicionada à função de cuidado e proteção à família, por anos foi excluída dos direitos de inserção a educação, ao mercado de trabalho, ao voto, através das justificativas de incapacidade intelectual, impotência frente às adversidades, dentre outras questões. Dessa forma, conseguiu-se inibir a inteligência, as habilidades e as aptidões intrínsecas da mulher, movida por questões religiosas, de capital e de predominância masculina no poder social e no poderio que exerciam e exercem sobre as mulheres (CARMO, GUIZARDI, 2018). Somado a isso, tem-se ainda a relação de poder e acesso imposta pela etnia a qual se faz parte. Anos de escravidão acentuam essa falta de igualdade e equidade caracterizando maiores dificuldades de justiça social.

Considerando o fato da população em situação de rua estar mais vulnerável psicossocialmente, ser a maioria de etnia negra, e ainda somado considerar que sua condição de ser mulher, onde as questões de gênero intensificam tais vulnerabilidades, despertamos para conhecer a vivência em situação de rua das mulheres negras a partir de sua própria perspectivas. Entendemos que, ao conhecer a realidade vivida e percebida por elas é possível refletir propostas de cuidado a esse grupo populacional. Assim, diante de todo esse panorama anteriormente apresentado, inquietou-nos as seguintes questões: O que leva a mulher negra a vivenciar a situação de rua/ principais motivos? Como ela percebe viver em situação de rua? De que maneira a mulher negra vivencia a situação de rua no âmbito de sua saúde?

No alcance de respostas a esses questionamentos elaborou-se os seguintes objetivos:

- Descrever as principais motivações de mulheres negras para a vivência em situação de rua.
- Analisar as vivências da mulher negra em situação de rua no âmbito de sua saúde.

Destaca-se a relevância social deste trabalho ao buscar conhecer a vivência da mulher negra em situação de rua a partir de sua própria perspectiva. Compreendemos que as temáticas como gênero, racismo, seus impactos e as formas de enfrentamento apresentam ainda dificuldades de inserção dentro dos espaços acadêmicos e de pesquisas na área da saúde, sendo recente o aumento de publicações de artigos brasileiros na área da saúde sobre a população negra (SILVEIRO, DIAS 2019) e que ainda assim, não se tem valorização dos achados, invalidando as iniquidades raciais que circundam essa população (WERNECK, 2016).

Pretende-se com esse estudo contribuir com a promoção da saúde e visibilidade da população negra, com ênfase nas mulheres negras em situação de rua, a fim da diminuição dos entraves que ocasionam riscos e desigualdades de gênero, raça e classe a essa população. Coadunamos com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da População Negra quanto ao incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra, assim como fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (BRASIL, 2017).

Nota-se uma escassez de publicações, sendo assim é possível considerar que a temática não é levada em consideração por estudantes e profissionais de saúde no Brasil (MONTEIRO, 2016). Não se tem justificativa para essa lacuna, entendemos que este dado pode estar relacionado com a não consolidação da saúde da população negra e da saúde da mulher negra como eixos de interesse nas instituições de ensino (WERNECK, 2016).

Com o intuito de buscar maiores aprofundamentos sobre essa realidade científica, optou-se em realizar uma pesquisa bibliográfica. A busca na literatura sobre a temática encontrou alguns desafios. Um deles está relacionado ao fato de mulher negra não ser integrante da lista de descritores dos Descritores em Saúde (DECS), sendo necessário o uso do descritor mulheres em cruzamento com população negra a fim de se englobar maior especificidade na busca. Para iniciar com a maior amplitude possível organizou-se a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os seguintes descritores e operadores booleanos: População negra OR black population OR black people OR población negra AND Mulheres OR mulher OR Women OR Mujer AND População em situação de rua OR Housed Persons OR Pessoas Mal Alojadas AND Pandemia COVID 19 OR COVID-19 OR COVID 19 pandemic.

Contudo, esta busca, feita no dia 09/09/23 verificou não haver nenhum resultado e a partir daí estabeleceu-se estratégias para conseguir encontrar resultados acerca da temática. Optou-se pela possibilidade da produção de três buscas separadas, como segue: Mulheres

AND População negra AND Pandemia COVID 19; Mulheres AND Pessoas em situação de rua AND Pandemia COVID 19; Mulheres AND População Negra And Pessoas em situação de rua. A primeira busca gerou 14 artigos, a segunda 10 e a terceira 4. Contudo, todos foram excluídos após leitura dos resumos por não abordar a situação de mulheres negras em situação de rua em articulação com a pandemia de COVID-19.

A partir desse resultado, entende-se que este trabalho tem relevância científica para incentivo da produção científica no país direcionado a saúde da mulher negra e maior fortalecimento e a implementação das políticas públicas e cartilhas, as quais almejam a ampliação do olhar e o cuidado a essa população, através do cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do acesso a rede.

No que tange às contribuições de enfermagem, este trabalho é importante por demonstrar a necessidade da discussão da temática da população feminina em situação de rua dentro da academia. É importante a inclusão da temática nas disciplinas da área de saúde da mulher, em cursos de graduação em enfermagem a fim de promover a saúde desse grupo populacional. O profissional da área da saúde deve estar sensível e capacitado no atendimento a essas mulheres, realizando o cuidado de forma integral, holístico e humanizado. O estudo busca oferecer subsídios para o desenvolvimento de um cuidado equânime. Para a sociedade, oferta conhecimento e recursos para que o profissional da assistência que recebe essas mulheres ofereça um atendimento inclusivo e com entendimento das multifacetadas as quais essas mulheres têm.

O trabalho torna-se importante como contribuição científica da enfermagem, pela dificuldade de trabalhos que envolvam a temática do estudo na perspectiva da enfermagem. É preciso o aumento de materiais voltados para as formas de abordagem, identificação e estratégias de cuidado, para que o profissional consiga através dos mesmos a aplicabilidade de uma assistência de qualidade a quem precisa. E para que dessa forma, tenha-se um estímulo para a construção de novos programas de assistência as mulheres em situação de rua.

1. APRESENTAÇÃO DE TEMÁTICAS

1.1 Histórico da População em Situação de Rua

A vivência de pessoas em situação de rua é um fenômeno que acomete o mundo todo, há anos na história da humanidade. No Brasil, as pessoas relacionadas a fazer parte dos grupos que se encontravam na rua ou iniciavam essa construção, se referem ao período colonial quando, pessoas itinerantes e ociosas, buscavam abrigos em espaços nas cidades para que pudessem passar os dias e noites, devido ausência de atividades lucrativas e moradia (NOGUEIRA, 2008).

A partir dessa reflexão inicial e conscientes que o tempo colonial no Brasil se refere a escravidão, a etnia afrodescendente é a que retrata essa população que fica pelas ruas a vagar. No livro Lugar de Negro (GONZALEZ et HASENBALG. 1982) se tem uma importante análise da história do país. O processo vivenciado pelo povo negro na mudança de um regime de escravista, durante o período colonial, para um local na sociedade capitalista que surgia e que, apesar de romper com a escravidão institucionalizada e legalizada, ainda era permeado por inúmeras desigualdades estruturais. Mostrando as dificuldades e as lacunas que vão permeando a população, que mais a frente será chamada de população em situação de rua (SILVA, et al 2018).

Atualmente, observa-se, que o Brasil tem a maior concentração de população negra (englobando pretos e pardos) fora da África e a segunda maior no mundo, superado apenas pela Nigéria, já que mais de 40% da população brasileira corresponde a pessoas afrodescendentes (BRASIL, 2008).

É de extrema relevância a reflexão das experiências vivenciadas por um povo que perpassou a escravidão, o colonialismo, o imperialismo e a migração de uma fase a outra de forma forçada. Na qual não se reflete sobre como essa fase de transição dar-se-á para os mais necessitados e os deixa a margem de uma nova realidade, em nome de uma liberdade (COLLINS, 2012).

O contexto atual da sociedade ocidental, com enfoques na tecnologia, globalização, consumo e produtividade, tem fortalecido para uma configuração de desigualdades e exclusão e de um Estado Social cada vez mais frágil. Tornando a existência de pessoas vivendo em situação de rua um fenômeno cada vez mais comum às cidades muito populosas ao redor do planeta e também no Brasil (VILLA, 2017).

O processo vivido pela população em situação de rua se caracteriza pela desfiliação e/ou fragilização dos suportes de sociabilidade. A partir dessa vertente, o povo sai de um ambiente como de inclusão social, com moradia, saúde e trabalho, para uma crise em torno das relações de trabalho e o alto índice de desemprego, levando o sujeito, para uma situação de perdas de direitos e de progressivas rupturas de redes sociais (CASTEL, 2003), que com a atual pandemia é gravemente acentuada.

Esse contexto é agravado por conta do modelo econômico cada vez mais instável do país, causando difícil perspectiva de transposição social. Além disso, as políticas sociais adotadas pelos diferentes governos, utilizaram um caráter focalista para a implementação de ações, refletindo a tendência de enfrentar os problemas sociais com ações isoladas. Com isso, não se tem a partir das políticas resultados efetivos na condição de vida da população (CURADO, 2014).

As causas que permeiam homens e mulheres a serem levados a viver em situação de rua circundam por: “uso de substâncias psicoativas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pais e irmãos (29,1%)”. Destaca-se também que entre os participantes da pesquisa, 71,3% citaram que pelo menos um desses três motivos do estudo pode estar correlacionado entre si ou ser uma consequência do outro (BRASIL, 2008).

As causas citadas acima, somadas a outras causas, ofertam a essa população, múltiplos fatores que desencadeiam situações de vulnerabilidades, associadas às condições desfavoráveis de vida, hábitos e costumes dessa população. O uso de substâncias psicoativas e práticas sexuais inseguras são comuns a esse grupo e o expõem à violência e às infecções sexualmente transmissíveis, entre outras condições (BRASIL, 2012). A partir dessa reflexão, é impossível não pensar que dentre a população em situação de rua, as mulheres devido às questões históricas e sociais que as permeiam, não sejam um grupo mais vulnerável.

1.2 Mulheres em Situação de Rua: interfaces do gênero, etnia e classe

As mulheres em situação de rua, por mais que seja um grupo em minoria quando relacionado aos homens, ocupam um dos grupos mais vulneráveis no que diz respeito à situação de rua. Ao conceituar vulnerabilidades a partir do entendimento das áreas da saúde e assistência social, o ser humano vulnerável, “não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social, não

alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada” (BANDEIRA, 2016).

As vulnerabilidades se conceituam de forma extrínseca e de forma intrínseca. A vulnerabilidade extrínseca é ocasionada por circunstâncias externas, como falta de poder socioeconômico, pobreza, falta de escolaridade ou carência de recursos. Já a vulnerabilidade intrínseca é causada por características que têm a ver com os próprios indivíduos, tais como doença mental, deficiência intelectual, doença grave, ou os extremos de idade (crianças e idosos) (CARMO, 2001).

Em alguns casos, as mulheres em situação de rua, acabam expostas aos dois tipos de vulnerabilidades conceituados acima, que se agravam pela sua condição de gênero. Um estudo realizado em 112 municípios brasileiros de características variadas indicou que as mulheres em situação de rua estão inseridas em contextos de maior vulnerabilidade; apresentam baixa escolaridade; histórico de violência sexual; uso concomitante e intenso de substâncias psicoativas; uso infrequente de preservativos; troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social (BASTOS, 2014).

Outro estudo desvela as razões pelas quais, as mulheres em situação de rua, saíram de suas casas. E os resultados revelam que a saída das mesmas foram 62,7% por problemas familiares, enquanto 34,8%, questões econômicas e uma das mulheres alegou apenas o desejo de fazê-lo, sem apresentar outra justificativa. Os fatores que desencadearam os conflitos no lar foram: uso abusivo de álcool (40,3%), desavenças (37,6%) e sofrimento mental (19,7%) (VILLA, 2017).

Ainda na mesma pesquisa, têm-se a revelação de que a maioria das mulheres referiu atividade sexual nos 30 dias anteriores à pesquisa com parceiro fixo. Em torno de 70% das mulheres negam uso do preservativo por eles e por elas ao terem tido sexo com parceiros, em pelo menos uma relação sexual vaginal, oral ou anal. A proporção de mulheres que relataram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida foi seis vezes superior à relatada pelos homens (VILLA, 2017).

Esses dados pontuam o quanto as mulheres são acometidas e expostas a muitas vulnerabilidades e aos poucos vão revelando outras problemáticas, como a questão da violência citada acima.

A violência é definida como a ruptura de qualquer forma de integridade de uma pessoa: física, psíquica, sexual e/ou moral. Ela pode se dar de forma explícita ou velada e estar, inclusive, de acordo com as normas sociais de determinada cultura (SAFFIOTI, 2004).

As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada" (OPAS, 2023).

Historicamente, as barreiras impostas pelas desigualdades raciais e de gênero, revelam violências de diversas abordagens. As mesmas têm sido determinantes no processo saúde-doença e cuidado das mulheres, particularmente das mulheres negras (GOES; NASCIMENTO, 2012). O que desmascara o público que além de estar em situação de rua e estar em mais riscos devido a vulnerabilidades e violências, ainda esbarra na questão étnica racial.

Em uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta-se que ao realizar uma análise conjunta de sexo e cor, a situação de maior vulnerabilidade se encontra em mulheres pretas ou pardas. A pesquisa revela que a mulher negra está exposta a maiores situações de vulnerabilidades, a pesquisa também associa o gênero feminino ao trabalho não-remunerado no âmbito doméstico, que historicamente é vivido e parece influenciar, inclusive, as trajetórias e escolhas de uma formação superior. Revela-se que a maior parte das mulheres se forma em cursos relacionados a cuidados e bem-estar (professoras, assistentes sociais, enfermeiras, entre outras) (IBGE, 2021). Demonstrando o quanto que as questões culturais e de patriarcado, permeiam a vida de todas as mulheres, em especial, das mulheres negras. Visto que desde o tempo da escravidão, as mesmas precisavam desenvolver o papel de cuidadoras.

A partir da temática da ocupação dessas mulheres, uma pesquisa relata que os registros mostraram que estas mulheres viviam de pequenas atividades do mercado informal, predominando as ocupações de faxineira, doméstica e catadora de recicláveis. Outras ocupações citadas foram: ajudante de cozinha, prostituta, camelô, ambulante, servente, tomadora de conta de carro, panfletagem, auxiliar de cozinha. Uma ocupação como manicure e outra como professora foram mencionadas (VILLA, E.A, 2017).

A questão do trabalho, é outro ponto que quando vinculado ao sexo, revelam desigualdades expressivas entre homens e mulheres. Os indicadores tradicionais de monitoramento do mercado de trabalho, como a Taxa de participação (CMIG 3), que tem como objetivo medir a parcela da população em idade de trabalhar (PIT), aponta a maior dificuldade de inserção das mulheres no mercado de trabalho (IBGE, 2021).

Em 2019, a taxa de participação das mulheres atuantes no mercado de trabalho com 15 anos ou mais de idade foi de 54,5%, enquanto entre os homens esta medida chegou a 73,7%,

uma diferença de 19,2 pontos percentuais. O patamar elevado de desigualdade se manteve ao longo da série histórica e se manifestou tanto entre mulheres e homens brancos, quanto entre mulheres e homens pretos ou pardos (IBGE, 2021).

No que tange ao direito a moradia, sabe-se que por vezes as mulheres ocupam casas em espaços de becos e vielas, predominantes em áreas de comunidade. E que em tempos atuais, o qual circula em nosso meio, como uma pandemia, os percalços para se manter em uma casa aumentaram, ocasionando a ida de famílias inteiras para as ruas. Um estudo relata que quando relacionado ao direito a moradia, a espaços e empregos de qualidade, a suporte social, emocional e econômico, novamente se esbarra em questões de gênero, mas além dessa vertente, se esbarra na questão racial (BARBOSA, 2021).

Na maioria, são as mulheres negras que moram em espaços vulneráveis em função de perdas de emprego, fechamento de creches, sem ter possibilidades com quem deixar seus filhos e ainda precisam resistir no que tange a violência doméstica (BARBOSA, 2021).

Segundo o IBGE, em 2019, as mulheres pretas ou pardas com crianças de até 3 anos de idade no domicílio apresentaram os menores níveis de ocupação – menos de 50%, ao passo que, entre as mulheres brancas, a proporção foi de 62,6%. Para aquelas sem a presença de crianças nesta faixa etária, os percentuais foram de, respectivamente, 63,0% e 72,8% (IBGE, 2019).

O recorte por cor ou raça indicou que as mulheres pretas ou pardas estavam mais envolvidas com os cuidados de pessoas e os afazeres domésticos, com o registro de 22,0 horas semanais, ante 20,7 horas para mulheres brancas. Para os homens, contudo, o indicador pouco varia quando se considera a cor ou raça ou região (BRASIL, 2019).

Ainda sobre os direitos e acesso a educação, um estudo ressalta que, embora as mulheres apresentem índices superiores aos dos homens, o acesso à educação se dá de forma desigual entre as mulheres. Em 2019, mulheres pretas ou pardas entre 18 e 24 anos apresentavam uma taxa ajustada de frequência líquida ao ensino superior de 22,3%, quase 50% menor do que a registrada entre brancas (40,9%) e quase 30% menor do que a taxa verificada entre homens brancos (30,5%). A menor taxa ajustada de frequência escolar líquida se verificou entre os homens pretos ou pardos (15,7%) (IBGE, 2019).

O estudo mostra a discrepância existente entre mulheres negras e brancas, o que, por conseguinte respinga nas variáveis de renda, melhor moradia e qualidade de vida. As mulheres em situação de rua estão em maior desvantagem em todas essas variáveis, visto que o fato de estar na rua, as priva muitas vezes de acessos e oportunidades.

Além das variáveis trazidas no decorrer do texto, tem-se ainda, uma taxa que envolve as violências e, que, em tempos de pandemia, deixou as mulheres mais expostas e desvelou de forma agressiva as violências vivenciadas dentro e fora do domicílio. Um estudo revela que entre as mulheres, as pretas ou pardas tinham maiores taxas de homicídio que as mulheres brancas, tanto no domicílio, quanto fora dele. No domicílio, a taxa para as mulheres pretas ou pardas era 34,8% maior que para as mulheres brancas; fora do domicílio era 121,7% maior (CERQUEIRA, 2021).

As reflexões acima são corroboradas por quem busca denunciar a naturalização das desigualdades sociais. Eurico et al (2021), cita em seu artigo a primeira morte por covid-19 divulgada no país, a qual foi de uma “mulher negra, de 63 anos, trabalhadora doméstica, que contraiu o vírus de sua patroa, moradora do Leblon, que havia acabado de chegar contaminada da Itália”, como exemplo disto. Deixando explícito através de suas falas as inconformidades que o capitalismo produz, desveladas pelo entrelaço étnico-racial, de gênero e classe, recapitulando lembranças de um modelo “escravocrata, colonialista e heteropatriarcal”.

Aproximam também para o debate o comportamento e direcionamento da abordagem policial que em uma população em situação de rua, é expressiva e acentuada e por muitas vezes, baseado em ideias racistas e classistas na imposição do medo, exemplificada pela reprodução de uma violência institucional de modo significativamente maior na população negra (KYRILLOS, 2020).

Ressalta-se a importância de um olhar para a integralidade das pessoas, em particular as mulheres negras, que se encontram em situação de vulnerabilidade e a necessidade de enxergar que os mesmos apresentam demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social (BANDEIRA, 2016).

Estudos introduzem a importância de se estudar as vulnerabilidades associadas como estratégias de cuidado e, para se discutir a temática no contexto da situação de rua e da pandemia (BARBOSA, 2021).

As desigualdades existentes nos dias de hoje, como as dificuldades no acesso a moradia, a educação de qualidade, a percepção das necessidades de um povo que já vem de muito tempo perdendo espaços para outros se perduram até hoje e se exemplifica nas lutas sociais que são necessárias para quem mora na periferia, para as mulheres, em sua maioria mulheres negras, para os filhos dessas mulheres e para outros grupos que são classificados como “minorias”, mas que na verdade nunca foram.

1.3 Políticas Públicas para a População em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) foi instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 com objetivo de garantir os processos de participação e controle social e possui entre seus princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2021).

Relacionado aos serviços socioassistenciais voltados para as pessoas em situação de rua compõem a proteção social básica e especial seguem as regras definidas pela Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que tratou da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Nela há previsão expressa de serviços aplicáveis às pessoas em situação de rua. São eles: Serviço especializado em abordagem social; Serviço especializado para pessoas em situação de rua; (3) Serviço de acolhimento institucional; Serviço de acolhimento em república (CNMP, 2015 e BRASIL, 2021).

Aproximadamente um terço das pessoas em situação de rua (29,7%) afirmou ter algum problema de saúde (como hipertensão, problemas de visão, dermatológico, entre outros), sendo que quase 20% faziam uso de algum medicamento, sendo as Unidades Básicas de Saúde a principal via de acesso para sua obtenção (CNMP, 2015).

Apesar disto, quase 90% das pessoas em situação de rua afirmaram não receber qualquer benefício de órgãos governamentais. Entre os benefícios recebidos, foram identificados: aposentadoria (3,2%), Programa Bolsa Família (2,3%) e Benefício de Prestação Continuada (1,3%) (CNPM, 2015).

A assistência social, portanto, deve ser entendida como um direito do cidadão perante o Estado, garantia dos direitos individuais e sociais essenciais à emancipação intelectual, autopromoção e identidade, busca da felicidade e autodeterminação para as realizações pessoais (BRASIL, 2021).

Corroborando a importância desse olhar, Angela Davis, traz uma reflexão em que diz:

Não é apenas um corpo sem nome, memória ou história. São pessoas reais, no mundo real. Com sonhos e vontades. Não há como falar sobre políticas públicas sem

tomarmos como bases questões raciais, questões de gênero, o conceito das vulnerabilidades ou questões do fenômeno das violências (públicas e privadas) (DAVIS, A. p99. 2018).

Dessa forma é necessário abraçar algumas dessas lacunas, mostrando a relevância de ver o outro com respeito, sem diferenças ou superioridade e buscando ofertar dignidade. A escolha por um caminho que aborde a determinação social é vista como uma boa estratégia. A determinação social da saúde é um referencial teórico que debate a amplitude da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não direcionando o olhar para discussões de dados epidemiológicos individuais (ROCHA, 2015).

A determinação social questiona sobre em que bases deve se amparar uma ciência que busca compreender as questões relacionadas à vida e ao adoecimento para além dos fenômenos pelos quais se expressam (BREILH, 2010).

As políticas e os programas ainda esbarram nas discussões de temáticas importantes que envolvem as mulheres, ainda entendidas por um modelo biomédico. A temática das violências contra mulher é vista a partir de modelos estanques e homogeneizantes, que não enaltecem o processo de historicização das violências de gênero e as singularidades abarcadas, fazendo com que o resultado desse olhar esteja direcionado ao risco de gerar verdades totalizantes, pautadas em binarismos e fragmentações. Dessa forma, é formado um contexto circular, no qual, são vistos aqueles mesmos pontos, invisibilizando a crítica e o olhar mais ampliados para as singularidades. O que propicia que muitas dessas mulheres sejam silenciadas ou emudecidas por discursos cientificistas, acadêmicos e midiáticos, atravessados por posicionamentos cheios de certezas e ideias generalizantes, fontes de estigmatizações e preconceitos (BARBOSA, 2021).

Alguns indicadores sociais das mulheres, como na área de saúde e educação, podem estimular a ampliação de políticas sociais, incrementando as condições de vida da população em geral. Contudo, não se torna suficiente para colocá-las em situação de igualdade com os homens em outras esferas, em especial no mercado de trabalho e em espaços de tomada de decisão (IBGE, 2021).

Outra estratégia é a eleição de mulheres para os cargos legislativos, que ainda se encontra longe de atingir números correspondentes a metade feminina da população do país, mesmo tendo apresentado melhora ainda discreta. Essa conquista é de grande valia, visto que, aumenta as chances de pautar a formulação de políticas públicas de suporte às agendas de promoção de equidade, de acesso a oportunidades e de proteção contra violência seja ela,

doméstica ou não, assédio e abusos de toda ordem. Além da relevância no que tange a representatividade (IBGE, 2021).

A partir do que já foi abordado, percebe-se a importância de enfraquecer uma vertente centrada no cuidado biomédico e buscar oferecer o cuidado através de um olhar voltado para interseccionalidade, podendo desvelar situações, contextos e singularidades escondidas, silenciadas e expondo a necessidade de construir políticas públicas a partir dessa teoria, de forma que as questões não sejam vistas por diferentes ângulos, mas sim com entrelaço, como encruzilhadas, que se encontram e se conversam (BARBOSA, 2021).

Com vista a obter uma assistência mais completa, com um cuidado humanizado e acolhedor, é relevante que se consiga trabalhar na sociedade questões sociais e culturais que influenciam diretamente na violência contra as mulheres, de forma que essa abordagem seja tão discutida e trabalhada no meio da ciência e no meio social, que se obtenha como resultado final, a diminuição das violências contra as mulheres em tempo de pandemia e fora do tempo de pandemia (BARBOSA, 2021).

Uma das ações de saúde voltadas para a população em situação de rua são as ações na atenção básica – os Consultórios de Rua. Os Consultórios na Rua (CnaR), fazem parte da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Foram instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e tem o objetivo de cumprir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas (BRASIL 2012).

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua dos locais. Realizam atividades junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS), através de ações compartilhadas, que são desenvolvidas de forma itinerante. Buscam realizar ações compartilhadas e integradas também, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de Urgência e Emergência, pois lidam com diferentes necessidades e problemas da saúde da população em situação de rua, onde se espera que haja dos profissionais um olhar holístico e humanizado a fim de perceber e compreender as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012).

Assim, como para as equipes de Estratégia em Saúde da Família, as equipes dos Consultórios na Rua também têm uma precisão de pessoas para atendimento mínimo e máximo. Os mesmos deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, com carga horária mínima semanal de 30 horas. O horário de funcionamento é adequado às demandas

das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia da semana (BRASIL, 2012).

O Consultório na Rua é formado por equipes multiprofissionais de saúde, compostas por médico, enfermeiro, dentista, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, agente social e agente comunitário de saúde (ACS). O papel dessa equipe é de ampliar o acesso fortalecido pelas equipes de saúde da família (ESF) e centros municipais de saúde (CMS) (BRASIL, 2012).

As equipes de Consultório na Rua (eCnaR), são responsáveis por desenvolver diversas atividades, uma das primeiras atividades é a territorialização, desenvolvida através de visitas sistemáticas as ruas do território, não apenas para definir sua abrangência geográfica, mas, também, em suas características ambientais, sanitárias e em suas áreas de risco e violência (TEIXEIRA et al, 2015).

Com o intuito de iniciar uma forma de abordagem, são necessárias várias etapas. Segundo Engstrom et al (2016), para a implantação do CnaR em Manguinhos, o qual serviu e serve como base para a construção de outras equipes, é desvelado a necessidade de se fazer presente no território de forma gradativa, se apresentando de forma acessível e livre de julgamentos e preconceitos. Uniformizada e identificada como profissionais de saúde, a equipe se apresenta, a fim de visualizar os espaços e suas características, como (dormitórios, higiene e consumo de drogas).

Buscou-se alcançar a descoberta de espaços com grande aglomeração de usuários de drogas, principalmente de crack, denominados “cenas de uso”. Com isso, a eCnaR se apresentava aos usuários, informava sobre a possibilidade do cuidado – na própria rua ou na unidade básica de saúde, esclarecendo sobre o sigilo das informações e da não obrigatoriedade de documentos de identificação, com o intuito de construir laços de confiança e vínculo (ENGSTROM et al, 2016).

No que tange a eCnaR, existe um diferencial da ESF, pois enquanto a mesma trabalha com território e domicílios delimitados, para a eCnaR a delimitação territorial é mais imprecisa. O dinamismo social e a migração intensa da PSR, impulsiona as equipes a pactuar diretamente com o usuário, sabendo das possibilidades de mudança para outras áreas (ENGSTROM et al, 2016).

Ainda com relação às eCnaR, dentro de suas atribuições, se encaixam ações de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento, com maior enfoque nos casos de tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, hepatites virais, doenças de pele, pré-natal e questões relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Auxiliam no acesso ao

sistema de abrigamento/acolhimento (quando desejado pelo usuário), na obtenção de documentação civil e outros benefícios sociais (BRASIL, 2012).

As equipes de CnaR atuam de forma integrada a redes intersetoriais e em coresponsabilidade com as equipes de saúde da família responsáveis pelos territórios os quais o consultório na rua atua, seguindo em sintonia com o modelo de APS e articulando junto aos mesmos, ações individuais e coletivas, visando além das atividades já citadas, as prevenções de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, considerando o contexto de vida da população. Dessa forma, a eCnaR, como as demais equipes da ESF, é concebida como porta de entrada da APS para o SUS (ENGSTROM et al, 2016).

No que tange a lógica do consultório na Rua que é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, fundamentada nas características citadas acima, a ação elementar humana e relacional que possibilita os melhores resultados dentro do trabalho é “o cuidar”. O cuidar em saúde não é restrito a uma profissão, pois é definida como uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre o que fornece o cuidado e de quem recebe o cuidado, compreende o acolhimento como escuta do sujeito, respeita o contexto de vida e seus sofrimentos (PINHEIRO, 2009).

A produção do cuidado, perpassa pelo vínculo construído pela escuta qualificada e pelo rompimento do cuidado prescritivo e pontual. O cuidado não vem com hora marcada, leva tempo, parceria, identificação das necessidades, com isso têm-se um cuidado longitudinal e a partir desta construção, se tem o vínculo mais consolidado (KOOPMANS et al., 2018).

Com o intuito de uma prática profissional em saúde a qual articula-se com diferentes campos de práticas e fortalece a centralidade do cuidar na pessoa, família e comunidade, e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde, tem-se o cuidado interprofissional (MORGAN et al, 2015). O mesmo preza por uma prática que se consolide através do “cuidar com as pessoas”, em vez de “cuidar para as pessoas” (DOMAJNKO *et al.*, 2015).

Ele é fundamentado através da educação interprofissional, que segundo NUIN et al (2019, p.10) é “um modo de potencializar a capacidade dos profissionais e dos sistemas para desenvolver uma atenção em saúde coordenada e desta forma alcançar a integralidade do cuidado”.

Nesta perspectiva, o trabalho colaborativo interprofissional em rede se torna essencial, pois visa implementar estratégias e alternativas mais efetivas e criativas para a articulação entre os sujeitos envolvidos, as instituições e os serviços. Dessa forma, possibilitam o rompimento de barreiras do desconhecimento sobre o modo de cuidado do outro profissional,

dos problemas relacionados ao processo de trabalho e da desarticulação da rede (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

A colaboração interprofissional (CIP) desponta-se como uma das melhores formas de enfrentamento dos desafios altamente complexos do cuidado integral e se encaixa com perfeição ao cuidado da eCnaR à PSR, devido a complexidade e a singularidade do cuidado de cada usuário do serviço (FARIAS *et al.*, 2017).

É de extrema importância o uso da comunicação como um elemento, no que tange ao trabalho em saúde com pessoas ou grupos com traços culturais específicos e diferentes. A enfermagem atua com elementos da comunicação verbal e não verbal e, por isso, no trabalho com PSR, deve estar atenta aos seus sinais e prestar uma assistência livre de julgamentos, buscando compreender como se organizar a vida dessas pessoas, sobretudo no que se refere ao tempo que, no caso da PSR, é o tempo “presente”, em função do modo de vida e dos desafios que tem que enfrentar (GIGER *et al.*, 2002).

Compreender quem é este outro que está na rua perpassa em olhar para o outro de forma não prescritiva, “desnudada”, sem preconceito, tentando compreender quais necessidades que este ser detém e de que forma o cuidado poderá ser realizado no formato mais efetivo para as necessidades encontradas (KOOPMANS *et al.*, 2018).

À enfermagem compete conhecer e se apropriar desse formato de vida, visão de mundo e cultura, na tentativa de aproximação da realidade da pessoa a quem se presta cuidado, tendo em vista que essa prática exigirá que os profissionais examinem e confrontem suas culturas e o conhecimento técnico, a fim de ampliar a perspectiva e aproximação real com o contexto em que a PSR se insere ou foi inserida (CAMPOS *et al.*, 2022).

Os desejos, expectativas, necessidades, anseios e sonhos da PSR, devem estar vinculados a proposta de cuidado da enfermagem, que pode estabelecer uma relação horizontalizada, na qual se legitima uma humanidade compartilhada entre a PSR e profissionais de enfermagem, o que permite a articulação de um cuidado integral e longitudinal, a partir do qual o tempo é respeitado na satisfação das necessidades em saúde (imediatismo) e as demandas adaptadas, sendo necessário inverter a lógica de inserção dessas pessoas dentro de serviços de saúde e processos de trabalho engessados (CAMPOS *et al.*, 2022).

As práticas desenvolvidas pelos profissionais no âmbito social e pessoal das PSR, se dão muitas vezes de forma diferenciada, o processo de cuidar é voltado para o indivíduo como o centro da atenção. O enfermeiro como integrante da equipe do consultório na Rua, também considera novas formas de cuidados que supera o modelo tradicional, não visa

especificamente à doença do sujeito, no entanto, visa também o contexto biopsicossocial do indivíduo. O cuidado surge como prática que foge do normativo dos manuais e diretrizes do Ministério da Saúde, a adaptação surge numa proposta mais humanista com ampliação de tecnologias leves como escuta ativa, processo terapêutico que considera o território de existência e reconstrução de proposta para melhor adesão do paciente (VARGAS; MACERATA, 2018).

1.4 Vulnerabilidades e População em Situação de Rua

O conceito de vulnerabilidade no que diz respeito à saúde, surge em 1992, nos Estados Unidos, através do livro “Aids in the word”, que envolvia a questão de epidemia do HIV/AIDS no mundo (AYRES et al., 2009; MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A expressão vulnerabilidades é caracterizada como polissêmica, pois engloba uma diversidade de significados (MEIRA et al, 2020). Está inserida, em diversas áreas (ciências jurídicas, bioética, geografia, informática, economia, dentre outras), com interpretações variadas a partir do contexto ou circunstância em que está sendo inserido (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Para Carmo e Guizardi (2018) o conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como condição inerente ao ser humano, por estar inserido a um contexto, no qual se necessita de ajuda, devido se encontrar em estado de exposição ao perigo ou a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à sua existência individual. Agnoletti (2014), afirma que o conceito de vulnerabilidade nasceu a partir da exclusão e estimulou condições de marginalidade contribuindo para os índices de extrema pobreza que demandaram a criação de programas sociais e políticas públicas.

Ainda em imersão contextual do conceito de vulnerabilidades e suas propriedades e características, é levantado que ao se reconhecerem como vulneráveis, as pessoas compreendem a vulnerabilidade do outro, assim como a necessidade do cuidado, da responsabilidade e da solidariedade, ao invés da exploração dessa condição (NEVES, 2009).

No Brasil, o conceito de vulnerabilidade traz como proposta a compreensão ampliada a partir de um olhar para aspectos coletivos, contextuais e individuais, na época ainda destinados a susceptibilidade de infecções do vírus HIV (AYRES et al., 2009; MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Ao final da década de 1980, o conceito de grupo de risco, usado anteriormente, já não se aplicava mais. Percebeu-se que a epidemia do vírus HIV/AIDS não era determinada por sexo, orientação sexual das pessoas e tampouco por aspectos geográficos. Criou-se então, com o intuito de instrumentalizar as práticas preventivas em relação à epidemia, um novo conceito, o qual foi denominado “comportamento de risco”, a partir de ações direcionadas para toda a população como incentivo à mudança de comportamentos que deixavam as pessoas mais expostas ao HIV (AYRES et al., 2009, 2012).

Este novo conceito, não se apresenta somente com um viés de uma mudança conceitual, mas se faz importante, pois ameniza o estigma vivenciado pelos grupos de risco, por ampliar a compreensão de que as ações de prevenção não deveriam ser restritas aos mesmos, mas sim, englobar qualquer pessoa. Entretanto, o conceito de comportamento de risco se apresentou frágil, pois diante das características necessárias para estar englobado nesse conceito, a dita “negligência do indivíduo”, se tornou a maior das culpadas no cenário, uma vez que a falha na prevenção, contaminação e transmissão do HIV passou a ser vista como uma consequência do comportamento de cada um (SIMÕES, 2019).

O conceito de comportamento de risco não atingiu suas metas e objetivos de forma significativa, no que tange a implementação das ações preventivas. Os grupos e movimentos populares organizados, como os movimentos de mulheres, trouxeram críticas a ele, ao enfatizar que a mudança comportamental não é resultado somente do desejo do indivíduo associada à informação, contudo está pactuada aos recursos culturais, econômicos, políticos, jurídicos, distribuídos desigualmente entre os segmentos sociais, os gêneros, grupos étnicos e as faixas etárias (AYRES et al., 2006, 2009).

Os apontamentos citados acima, se tornaram visíveis com a mudança radical do perfil da epidemia da AIDS, que afetou principalmente, os grupos sociais pertencentes a classes sociais mais baixas, com menor poder aquisitivo e conseqüentemente, expostos à maior vulnerabilidade social, ou seja, os pobres, os marginalizados, as mulheres, os negros, a periferia (AYRES et al., 2006, 2009). Essa fase é avaliada como um processo caracterizado pela pauperização e feminilização da epidemia no país, no início da década de 1990 (SIMÕES, 2019).

Nos dias atuais o conceito de vulnerabilidade é utilizado no que compete a saúde pública por sua capacidade de possibilitar melhor compreensão de determinantes de saúde que possam influenciar diretamente nos processos de saúde-doença, diante o conceito de risco. O que possibilita melhor entendimento e reflexão para a construção de estratégias de promoção e prevenção da saúde (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A compreensão sobre vulnerabilidades, permite maior percepção do percentual de exposição à agravos à saúde, entendendo que não é a partir de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que provocam maior suscetibilidade ao adoecimento, e que influenciam no investimento e disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteger sua saúde (AYRES et al.,2012).

Nesta ótica, a exposição a vulnerabilidades independe das próprias pessoas, mas sim das condições em que se encontrarem, em diferentes momentos de suas vidas, e isso, poderão as tornar vulneráveis a determinados agravos ou não. Contudo, ao considerar a vulnerabilidade associada à possibilidade de autonomia, sob a perspectiva ética da dignidade, todos os seres humanos são vulneráveis, finitos e conscientes dessa condição. Nesse sentido, é preciso ampliar a concepção a partir de uma perspectiva antropológica de vulnerabilidade individual que supõe uma fragilidade individual intrínseca do homem, da qual se compreende como uma vulnerabilidade social que aponta para condições sociais modificáveis (SEVALHO, 2018).

Ao se aproximar da conceituação de vulnerabilidades, se entende que o fato de ser mulher, já condiciona a mesma para uma vulnerabilidade de gênero, visto que essa sociedade retrata relações de desigualdades entre homens e mulheres construídas em uma vertente histórico-social de machismo e patriarcado, que direciona a mulher para uma condição de subalternidade (SEVALHO, 2018).

A partir disso, Ayres et al (2009; 2012) acrescentaram ao conceito de vulnerabilidade a perspectiva da análise das influências interligadas de cada dimensão sobre a vida de qualquer pessoa, e não a análise e identificação de escores probabilísticos de um indivíduo na exposição a algum agravo à saúde.

No que tange a vulnerabilidade individual, Ayres et al (2009; 2012) descreve que refere-se ao grau e à qualidade da informação as quais os indivíduos detêm sobre os agravos e patologias, referentes a sua situação de saúde e doença ou a sua exposição aos mesmos. Também se relaciona com a capacidade de compreender e inserir tais informações à sua prática cotidiana com vistas a efetivar práticas de prevenção. Perante isto, as análises dessa dimensão entendem que o estilo de vida das pessoas pode contribuir para que estas se exponham ou se protejam de determinada patologia ou situação.

A vulnerabilidade social se apresenta de modo que o sujeito dispõem sobre informações e à possibilidade de incorporá-las às mudanças práticas. Entretanto, para que estas mudanças aconteçam, o indivíduo precisa de outros aparatos, como o acesso aos meios de comunicação, recursos materiais disponíveis, escolarização, inserção e empoderamento nas questões e decisões políticas,

enfrentamento das barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou ter defesa para elas (AYRES et al, 2009; 2012).

E por último, porém não menos importante, têm-se o conceito da vulnerabilidade programática, a qual gira em torno da compreensão de aspectos voltados para os recursos sociais dos quais as pessoas necessitam para não estarem expostas aos agravos. Nesta estão abarcadas as instituições sociais, como família, escola, igreja, serviço de saúde e outros, bem como à qualidade e a aplicabilidade efetiva das políticas, programas de controle e serviços. Mediante isto, é necessário avaliar de que forma estas instituições são capazes de prevenir, reproduzir ou aprofundar as condições de vulnerabilidade (AYRES et al, 2009; 2012).

Portanto, é necessário avaliar os recursos sociais relacionados aos programas nacionais, regionais e locais para que sirvam como elementos que promovam e proporcionam, de maneira efetiva e democrática, as informações, os insumos e materiais, além de outros componentes imprescindíveis à promoção e prevenção da saúde. É a partir de um cuidado ao indivíduo na sua singularidade e observando seus contextos sociais, que as propostas de intervenção estabelecidas pelas instâncias governamentais, conseguirão alcançar a população que mais precisam delas (SIMÕES, 2019).

Segundo Engstrom et al (2016), em uma área de abrangência por uma eCnaR, as pessoas em situação de rua, “situavam-se nas áreas de estrutura ambiental de péssima qualidade, sem luz, escondido debaixo dos viadutos, na beira de valões, cercada por amontoados de lixo, copos descartáveis de água mineral que eram usados como apetrechos para consumo do crack, de elevada prevalência na área.” Essas características desvelam a realidade da PSR não somente nesse território, pois esses detalhes se repetem em outros espaços em que se encontram pessoas em situação de rua e outras equipes.

. O interesse da equipe também tinha o intuito de entender sobre a dinâmica da organização social, e classificava como de grande relevância essas informações. Com isso, buscou descobrir se havia grandes aglomerados de moradores de rua (alguns com até 80 pessoas), se estes se compunham de famílias ou de pequenos núcleos (“o pai e a mãe da rua”) ou ainda, se viviam isolados (ENGSTROM et al, 2016).

A partir de uma ótica sobre o território de moradia em que vivem a PSR, observa-se grandes situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas e o quanto que as mesmas se entrelaçam, diante dos contextos e o tempo os quais essas pessoas estão inseridas, que podem inclusive serem responsáveis por agravar, as suas realidades.

No que diz respeito as mulheres em situação de rua, é possível identificar as três dimensões de vulnerabilidade — individual, social e programática. O gênero, a cor e o fato de

estar na rua, desvela a complexidade que essas mulheres perpassam, aumentando de forma inclusive desproporcional a outros as situações de vulnerabilidades vividas, diante as suas características e os elementos contextuais os quais estão inseridas. A dificuldade de acesso às informações, a escolaridade, as condições financeiras, as redes de apoio social e familiar fragilizadas, expõem ainda mais essas mulheres a determinados agravos, que se apresentam sob condições distintas ou não, em momentos diferentes da vida.

2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Utilizou-se o método Narrativa de Vida na perspectiva etnossociológica de Daniel Bertaux (2010) para a realização da coleta de dados. Na análise dos dados utilizou-se a análise temática por Minayo (2014).

A pesquisa de campo é definida pela observação de fatos e fenômenos, os quais através das informações obtidas pela realização da coleta de dados, busca-se a comprovação ou maior entendimento acerca de um problema o qual se quer obter respostas. O pesquisador precisa se deslocar para o ambiente em que estão situados os participantes os quais se quer investigar (MARCONI; LAKATOS, 2017).

A pesquisa descritiva busca descrever as características da população escolhida. Para tal é necessário observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos sem manipulá-los. De forma consecutiva, estabelecer relações e conexões entre eles, utilizando técnicas padronizadas na coleta de dados (RAMPAZZO, 2013).

A pesquisa exploratória proporciona maior aproximação com o problema de pesquisa, dessa forma o torna mais explícito e possibilita a construção de novos pressupostos. Propicia o aprimoramento de ideias e a descoberta de intuições (GIL, 2019).

É importante perceber qual o método que melhor se aplica a sua pesquisa. Cada um traça seu caminho de forma específica. Com o objetivo de ouvir as vivências das mulheres negras em situação de rua, os contextos as quais estão inseridas, suas realidades e revelar através das suas narrativas quais as transições ocorreram em suas vidas, entende-se que a pesquisa qualitativa na vertente etnográfica é a mais adequada. Nesta é consentido rastrear os fenômenos e processos de interação sociais praticáveis e, por ventura, descobrir novos processos ou mesmo elaborar teorias sobre seu funcionamento (BERTAUX, 2010).

Em conformidade com o que é explicado pelo teórico metodológico Bertaux, é explicitado por Minayo (2014), que o método qualitativo estuda o ser humano a fim de desvelar sua história, seus princípios, culturas, crenças, percepções, interpretações e a partir disso, como atuam, pensam e constroem com os demais a sua volta. Permite que os pensamentos do ser humano e suas atitudes mediante o que tem como concepção de certo ou

errado sobre a vida sejam expressas e interpretadas. Dessa forma, a abordagem qualitativa desvenda e analisa grupos, indivíduos, falas, documentos e através destes, procura resultados.

O método resulta de uma forma particular de entrevista denominada “entrevista narrativa”, na qual o pesquisador pede a uma pessoa que lhe conte toda ou uma parte de sua experiência vivida (BERTAUX, 2010).

O método, Narrativa de Vida originou-se da área das ciências sociais e vem sendo empregado em outras áreas como as de Educação e Enfermagem, em especial na segunda (BERTAUX, 2010).

O método “narrativa de vida” na perspectiva etnossociológica, almeja “compreender o funcionamento interno do objeto de estudo e elaborar um modelo desse funcionamento sob a forma de um conjunto de hipóteses plausíveis” (BERTAUX, 2010, p.29). No que tange a essa perspectiva, usa-se a combinação de uma técnica de observação empírica (BERTAUX, 2010).

Nesse método na perspectiva etnossociológica, procura-se encontrar o novo, narrativas que emergirão no momento da entrevista, histórias que fazem sentido ao entrevistado com relação ao seu contexto de vida e o pesquisador avança em direção ao campo consciente de sua ignorância” (BERTAUX, 2010, p. 43)

Dessa forma, o método, permite que as participantes da pesquisa narrem livremente sua experiência vivida, sem que a pesquisadora se preocupe com o registro cronológico e a comprovação dos fatos. Costuma-se ter o enfoque nas percepções de indivíduos frente a algum acontecimento que possa modificar a vida de outrem ou do próprio sujeito, sendo um fragmento particular da realidade e da trajetória de vida do entrevistado, no olhar singular daquilo que o sujeito acredita (BERTAUX, 2010).

As condições sociais, culturais, estruturais, étnicas e da práxis, se apresentam na história narrada para o entrevistador. Admite-se que os valores e as opiniões possuem uma base coletiva que reflete o social, que é vivido e agido pelos agentes. O que elas sentem, pensam e agem é passível de ser revelado pela história de vida (RIBEIRO; SANTOS, 2000).

No que diz respeito à narrativa de vida e a enfermagem, sabe-se que esse método de pesquisa se iniciou na história e na literatura e aos poucos, se estendeu para diversas áreas do conhecimento como a antropologia, psicologia, psicologia social, psicanálise, sociologia e a enfermagem (PAIVA, 2008). A afinidade do método história de vida especificamente com a pesquisa em enfermagem é referida por Santos e Santos (2008, p. 715):

As investigações na enfermagem têm buscado maior aproximação com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los, e não apenas tratá-los como simples objetos de pesquisa, numa relação impessoal e fria. Neste sentido, o método história de vida

oportuniza aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar, o que implica em tê-lo como um parceiro, como alguém que é ativo no estudo e que reflete sobre sua própria vida. Essa reflexão dos depoentes, que deixam vir à tona aspectos tão particulares, é a diferença primordial que aparece nas categorias de análise...

A narrativa de vida perpassa por três fases para que se atinjam os objetivos finais da pesquisa. Primeira, a fase exploratória, na qual o pesquisador busca ainda um domínio da temática a qual investiga. Almeja-se melhor apreensão, reflexão e propriedade das realidades expostas nas entrevistas (BERTAUX, 2010).

A segunda fase é chamada de analítica, abrange a etapa de coleta, transcrição, organização dos documentos e fotos e análise das entrevistas. A leitura flutuante é seguida de leituras mais profundas. A partir daí surgem exploração dos significados das experiências, agrupamentos, formação das categorias e análise dessa produção. Com isso, o pesquisador alcança a constatação de recorrentes experiências que atingem o ponto chamado de “saturação” do modelo (BERTAUX, 2010)

Por fim, tem-se a terceira fase, designada de expressiva. É peculiar e não necessita do prolongamento das fases anteriores e acontece quando ocorre a publicação da narrativa, destacando-se a função de comunicação (BERTAUX, 2010).

2.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade do Rio de Janeiro, nas áreas programáticas 1.0 e 3.2, junto aos consultórios na rua (CnaR) que têm como base de apoio os Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau (Cidade Nova) e Clínica da Família Nélio de Oliveira (Gamboa) e a Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (Jacarezinho), respectivamente.

Na área programática 1.0, têm-se dois Consultórios na Rua. Os mesmos cobrem preferencialmente a população do bairro do Centro do Rio de Janeiro, Lapa e da Zona Portuária. Os dois CnaR, fazem corpo de um CMS e algumas Clínicas da Família, juntamente com um projeto que busca acolher, atender, acompanhar e inserir na rede de saúde e de políticas públicas a população que se encontra em situação de rua. Essa área geográfica, historicamente, região centro do município, tem um número de 2317 pessoas em situação de rua, no ano de 2020 e apresentando um número em queda, em 2022, com 2020 pessoas em

situação de rua (DATA RIO, 2020; 2022). Até o último censo, a área programática 1.0, recebia o título de área programática de maior concentração de pessoas em situação de rua.

No que diz respeito à Clínica da Família localizada no bairro Jacarezinho, esta tem sete equipes de Saúde da Família e três equipes de Saúde Bucal e beneficia aproximadamente 28.000 pessoas da comunidade do Jacarezinho. O local onde foi construída essa clínica, é uma das áreas de maior consumo de droga da cidade, indevidamente, chamada de "cracolândia". Ocupa o título de segunda maior área programática de pessoas em situação de rua, tendo 1927 pessoas, as quais a rua é o seu local de moradia em 2020 e 2380 pessoas, segundo o censo do ano de 2022 (DATA RIO, 2020; 2022).

A escolha das áreas programáticas foi intencional por terem o maior número de pessoas em situação de rua da cidade do Rio de Janeiro e ou com moradias por ocupação, facilitando acesso aos participantes para a pesquisa. Também foi escolhida, por se localizar em áreas de fácil acesso para a pesquisadora, caracterizando assim, uma amostra intencional.

Os cenários visitados como campo de pesquisa considerando as áreas programáticas elencadas para o recrutamento das participantes do estudo foram diversos, pois as mulheres entrevistadas circulam em muitos espaços e nem sempre estão situadas em locais fixos.

Junto a equipe do CnaR Anastácia, situada na Clínica da Família Nélio de Oliveira, realizei seis (6) entrevistas. Circulei pelas regiões do Centro do Rio e também pela Zona Portuária. Com exceção de duas entrevistas, todas as outras realizadas junto a esse CnaR aconteceram nas ruas. Realizei as entrevistas juntamente de um membro da equipe do CnaR, o qual me apresentava ou já deixava previamente agendada as entrevistas com as mulheres que aceitavam participar da pesquisa.

No decorrer das caminhadas foram sendo realizadas as entrevistas nas calçadas e bancos dos bairros, observando os espaços, suas vulnerabilidades, seus riscos e suas questões voltadas para o âmbito de saúde e a Enfermagem. As mesmas foram realizadas nos bairros como, a Gamboa, Saúde, Santo Cristo, Praça Mauá e também na região da Central do Brasil. Também conheci espaços, chamados de 'cena de uso' e em uma delas, realizei uma entrevista.

As 'cenas de uso' são locais considerados pela secretaria municipal de saúde (SMS) como áreas específicas de uso de drogas, as quais pessoas habitam ou circulam, agrupadas para realizar o uso de drogas (DATA-RIO, 2022).

Junto a equipe do CnaR Cigana, situada no CMS Marcolino Candau, realizei oito (8) entrevistas. Neste CnaR, seis (6) das entrevistas realizadas, ocorreram no espaço do próprio consultório na rua. Diferentemente dos outros dois consultórios na rua, observou-se algo

peculiar a este consultório, pois no mesmo, as mulheres as quais entrevistei, iam até a equipe em busca de atendimento ou para dar continuidade aos tratamentos já estabelecidos.

Não foi observado nenhuma diferenciação relacionada as equipes, acredito que essa peculiaridade esteja relacionada ao fato de a equipe Cigana ser a primeira equipe de consultório na rua, na cidade do Rio de Janeiro e também por sua localização, a qual facilita a chegada e a visualização da mesma pela população. O que a faz ser mais conhecida entre as pessoas em situação de rua que circulam nas regiões do Centro do Rio, Cidade Nova e Praça XI.

A área programática da equipe do CnaR Cigana, envolve as regiões da Lapa, Cinelândia, Praça XV, Passeio, Carioca, bairro de Fátima. Ruas muito povoadas e com grande circulação de pessoas em situação de rua. Porém, mesmo tendo circulado com a equipe por esses locais, as participantes do estudo foram convidadas para a pesquisa na sala de espera, onde aguardavam para atendimento na Unidade.

Duas entrevistas aconteceram na sala de espera, enquanto as mesmas aguardavam atendimento, respostas ou liberação de medicações. Manteve-se o cuidado de distanciarmos dos demais pacientes, para manter a privacidade da mulher entrevistada. As outras quatro entrevistas, aconteceram em uma das salas de atendimento da equipe do consultório na rua, que não estava sendo usada no momento e foi ofertada para que se realizassem as entrevistas.

Somente duas entrevistas aconteceram na rua, em uma saída com a equipe para atendimento nas ruas. E estas aconteceram no mesmo dia e local, pois as duas participantes ocupavam os espaços da calçada próximo aos Correios.

Junto a equipe do CnaR Jacarezinho, situada na Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, realizei seis (6) entrevistas. Para realização da coleta foi necessário acompanhar a equipe por muitos bairros como, Sampaio, Maria da Graça, Del Castilho, com duas áreas divididas e intituladas em Bandeira 1 e 2, Jacaré e Jacarezinho e a cracolândia, localizada no Jacarezinho, a fim de ser reconhecida e captar participantes. Observou-se as desigualdades e vulnerabilidades presentes em todos os espaços.

No que tange as entrevistas, somente uma, foi realizada em sala de consultório, disponibilizada pela equipe. Duas foram realizadas no pátio ao fim da clínica da família, próximo as salas do CnaR, disponibilizada como espaço diurno para algumas pessoas em situação de rua, cuidadas pela equipe do consultório na rua. As mesmas passam o dia todo no espaço, onde é ofertado água para higiene pessoal, das roupas e também para beber, colchonetes para uso durante a permanência diurna e alimentação através de parcerias com o consultório na rua. Ao final do dia, com o fechamento da unidade, as pessoas retornam para as

ruas. Manteve-se a privacidade das participantes, estando distante dos demais e em uso desses colchonetes para sentarmos, e assim, foram realizadas as entrevistas.

As outras três (3) entrevistas aconteceram durante a circulação da pesquisadora pelas ruas as quais a equipe do consultório na rua ofertava cuidado. Em uma visita a uma ocupação no bairro do Jacaré, para uma atividade de redução de danos, junto ao CAPS ad, a agente social captou uma mulher que aceitou realizar a entrevista, que ocorreu dentro da van que realiza a locomoção da equipe pelos locais de atendimento, com o intuito de manter a privacidade e termos menos ruídos. As outras duas entrevistas aconteceram no espaço da cracolândia (local utilizado por usuários da droga ‘crack’), no bairro do Jacarezinho.

2.3. Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram mulheres que se autodeclaram negras, maiores de idade, que viviam em situação de rua, antes e durante a pandemia COVID – 19, localizadas nas adjacências das clínicas da família as quais os consultórios na rua ofereçam cuidado.

Como critério de inclusão, investigou-se mulheres negras, maiores de idade, que tenham vivenciado a situação de rua antes e durante a pandemia de COVID-19. E, excluiu-se as mulheres negras em situação de rua que apresentassem desorientação espaço temporal.

Bertaux, afirma que é preciso “construir sua identidade de pesquisador”. A mesma acontece através da aproximação. Inicialmente com a atitude de observador no espaço o qual pretende pesquisar. Portanto, o pesquisador passa a ser observado e identificado naquele meio (BERTAUX, 2010).

Na obtenção das participantes, respeitando o que preconiza o método, a pesquisadora se aproximou dos consultórios na rua, responsáveis pela clientela ao qual se buscava estudar e iniciou uma aproximação.

A pesquisadora buscou sanar dúvidas sobre sua presença junto a equipe, quais os seus objetivos, como seria a pesquisa, seus benefícios, sua profissão e de qual universidade era. Essa etapa aconteceu com naturalidade e com isso, se desenvolveu uma relação de confiança com as participantes (BERTAUX, 2010).

A forma de abordagem ou plano de recrutamento das participantes deu-se pela aproximação do cenário que ocorreu após a aprovação do projeto em comitê de ética. A pesquisadora, caminhou juntamente com as equipes dos consultórios na rua, através da participação nas atividades que as equipes realizavam na rua para oferta de cuidado. Com

isso, as equipes realizaram a apresentação da pesquisadora em todos os locais adentrados para oferta de cuidado, a fim de aproximar-me dos cenários onde as mulheres que se autodeclararam negras e maiores de idade encontravam-se, como descrito nos critérios de inclusão, estavam ou moravam (BERTAUX, 2010).

O objetivo com a aproximação do cenário, era para que a imagem da pesquisadora, passasse a ser menos distante e desconhecida das participantes, e que com isso, as mesmas conseguissem se sentir a vontade para falar sobre as suas histórias de vida (BERTAUX, 2010).

A partir de então, a pesquisadora abordou as mulheres com o perfil descrito anteriormente, explicou sobre a pesquisa e perguntou se as mesmas aceitavam participar. Ao obter resposta positiva, foi ofertado ou lido, no caso de participantes analfabetas, o TCLE, para posteriormente, com o aceite das mesmas, proceder a realização das entrevistas pela pesquisadora e assim, foram realizadas as narrativas das mulheres negras em situação de rua.

Como mencionado, as entrevistas com as mulheres negras foram em locais variados, conforme a localização e melhor aceite por parte também das mulheres negras em situação de rua, buscando sempre sua privacidade.

2.4 Coleta de Dados e Análise dos Dados

Para a coleta de dados iniciamos a entrevista com a seguinte questão norteadora da entrevista: Fale sobre sua vida com relação estar em situação de rua antes e durante a pandemia de COVID 19. Também foi utilizado, para maior exploração dos dados, algumas perguntas filtros, norteando a entrevista: Porque você foi morar na rua? Como foi morar na rua durante a pandemia para COVID 19?

As narrativas foram gravadas em gravador digital e, posteriormente, transcritas e submetidas à análise temática, como determina Daniel Bertaux (2010).

A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador quer obter o maior número possível de informações sobre determinado tema e um maior detalhamento do assunto, a partir da visão da entrevistada. É muito utilizada para descrever casos individuais, na compreensão de particularidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos, o que permite ao pesquisador fazer diferentes tipos de perguntas que pode revelar mais detalhes sobre as habilidades de resolução de problemas e experiências vividas, tendo assim, formulações mais precisas sobre os assuntos. O critério principal não é

numérico, embora quase sempre precise justificar a delimitação da multiplicidade das pessoas que vai entrevistar e a dimensão e escolha do espaço (MINAYO, 2017).

A entrevista na abordagem etnossociológica consiste em pesquisar uma realidade da qual não se sabe muita coisa a priori. O pesquisador vai a campo consciente de sua ignorância, e se dirige às participantes que falarão sobre suas histórias de vida e os contextos em que foram ou estão inseridas. A narrativa de vida traz uma dimensão temporal e diacrônica. E se divide em duas partes. Na primeira, a mais importante, o pesquisador encoraja o entrevistado a narrar sua vida. Conseguindo identificar o momento de pedir para que a participante desenvolva mais ou melhor algum ponto. Na segunda parte, você poderá usar os filtros para alcançar pontos não abordados (BERTAUX, 2010).

Foram entrevistadas 21 mulheres negras em situação de rua. A saturação dos dados foi o critério para considerar o número das participantes.

A saturação é o instrumento usado em pesquisas qualitativas, quando as observações nas entrevistas apontam para a similaridade ou redundância nas informações obtidas para o estudo. Entende-se que a atingiu, quando mesmo em diferentes contextos, histórias e realidades têm-se semelhanças, pois nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado, sendo possível uma análise segura dos dados apurados (MORSE, 2018; ALAM, 2020).

Segundo Bertaux (2020), na pesquisa de campo direcionada a narrativas de vida, a noção de amostra é substituída pela “construção progressiva da amostra”, na qual não são pensadas por quantidades e nem precisam ser sistemáticas. A importância está na maior variedade de testemunhos possíveis. Ao realizar a comparação e com isso identificar as recorrências, tem-se o alcance da saturação dos dados e dar-se -à por encerrado a necessidade de novas entrevistas.

As entrevistas realizadas foram gravadas através de um gravador de voz, instalado no celular da pesquisadora. Após a execução das entrevistas, para posteriormente realizar as transcrições, usou-se a tecnologia inovadora de um aplicativo o qual tem como ferramenta à transcrição de áudio para texto, chamado Transkriptor, custeado pela pesquisadora.

Logo, realizou-se o envio das gravações de áudio para o aplicativo, obtendo-se em texto de arquivo word, toda a entrevista. Devido a não precisão na diferenciação dos falantes, mesmo com boa acúria, realizou-se em seguida a edição de cada entrevista, através da ausculta da gravação das mesmas em comparação com o texto descrito, para assim auferir as entrevistas com textos na íntegra.

Na análise das narrativas de vida das mulheres negras em situação de rua foi utilizada a técnica da análise temática. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Esta é realizada de forma tradicional, através da contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas vem a denotar estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014).

A palavra tema está ligada a uma afirmação sobre um determinado assunto. Comportar-se um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. Três etapas constituem a aplicação desta técnica de análise: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A pré-análise, através da leitura flutuante, proporciona o contato primário com o assunto abordado, subsequente avaliação e seleção do conteúdo, conforme a “representatividade”, “homogeneidade” e “exaustividade”. Requisitos primordiais para o atendimento dos objetivos do estudo (MINAYO, 2014, p. 316).

Dessa forma, também se buscou uma maior compreensão das narrativas, em consequência de uma leitura flutuante, exploratória com análise inicial do material e identificação das unidades de registros, unidades de significação, unidades temáticas e assim a formação de categorias e subcategorias (Apêndice B).

Com o intuito de melhor explanação e análise do material, realizou-se os agrupamentos das falas das entrevistadas em consonância, com a síntese de duas grandes categorias e cada uma delas com subcategorias, para melhor descrição dos conteúdos que emergiram delas. Sendo elas: Categoria 1: Motivos e percepções da mulher negra sobre sua vivência em situação de rua, constituída pelas subcategorias: As situações familiares como fator decisivo para a vivência na rua, contíguo ao uso de drogas e a situação conjugal; e, Vivências na rua: um cenário de vulnerabilidades (individual, social e programática); Categoria 2 – Saúde da mulher negra em situação de rua, constituída pelas subcategorias: O uso de substâncias psicoativas e comorbidades: um cotidiano comum na rua; Ações governamentais e não governamentais e o cuidado em saúde e A resiliência de mulheres em situação de rua: Os sentimentos e a Espiritualidade, respectivamente.

Segue abaixo a síntese das categorias e subcategorias no quadro 1:

Quadro 1: Síntese das Categorias e Subcategorias

Subcategorias	Categorias
As situações familiares como fator decisivo para a vivência na rua, contíguo ao uso de drogas e a situação conjugal - 313 UR	Categoria 1: Motivos e percepções da mulher negra sobre sua vivencia em situação de rua (313 + 407)=720 UR
Vivência na rua: um cenário de vulnerabilidades (individual, social e programática) - 407 UR	
O uso de substâncias psicoativas e comorbidades: um cotidiano comum na rua- 163 UR	Categoria 2: Saúde da mulher negra em situação de rua (163+199+172)= 534 UR
Ações governamentais e não governamentais e o cuidado em saúde - 199 UR	
A resiliência de mulheres em situação de rua: os sentimentos e a espiritualidade - 172 UR	

Fonte: A autora, 2023.

2.5 -Aspectos Éticos

Considerando que a ética em pesquisa implica no respeito a dignidade humana, o projeto de pesquisa por envolver seres humanos foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, obedecendo à Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013). E foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP/UERJ) e SMS/RJ sob os Certificados de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 61184822.9.0000.5282 e 61184822.9.3002.5279, respectivamente.

No início de cada entrevista, realizava-se a aproximação com a participante, explicando sobre os objetivos da pesquisa e convidando-a a participar. Ao aceitar, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as mesmas. Foram expedidas duas vias do termo a serem assinadas pelas mulheres que aceitaram participar do estudo, sendo uma via da participante e uma da pesquisadora. As vias da pesquisadora serão arquivadas por cinco (5) anos, após este período incineradas.

Entendemos que a participação na pesquisa trouxe benefícios como a aproximação sobre sua própria vivência, permitindo refletir sobre sua percepção na rua e o seu âmbito de saúde, antes e durante a pandemia, sobre suas facilidades e dificuldades em ser mulher negra em situação de rua. A participação dessas mulheres muito contribuiu com um conhecimento sobre suas vivencias e conseqüentemente permitiu pensar em possíveis estratégias de cuidado a partir de sua realidade, ou seja, pode-se obter subsídios para uma prática de melhor

assistência às mulheres negras em situação de rua. Ofertou-se também uma escuta ativa para essas mulheres, proporcionando um benefício terapêutico.

Ao longo da realização da pesquisa, a existência de riscos mínimos para as mulheres não foi descartada. Os riscos estiveram relacionados a tristezas, choro, angústias e ansiedades que aconteceram durante à entrevista, devido às lembranças e sofrimentos vividos em fatos da sua história de vida.

Durante as entrevistas não se registrou nenhuma desistência ou negação em participar da pesquisa ao serem abordadas. A pesquisadora esteve atenta, e com sua experiência em atuar na atenção básica, sensibilidade e empatia, em especial a clientela que atendeu, ofertou uma escuta ativa e acolhedora a todas as mulheres que tiveram a necessidade de suporte.

O suporte ofertado pela pesquisadora foi suficiente para atender as demandas das participantes, não sendo solicitado o apoio da equipe do Consultório na Rua (CnR), pela pesquisadora, para acompanhamento das participantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 – Caracterização Social das Mulheres negras em situação de rua

Com a intenção de estudar as vivências das mulheres negras em situação de rua entrevistamos um total de 21 mulheres negras em situação de rua no Município do Rio de Janeiro.

Para melhor compreensão dos discursos das entrevistadas considerou relevante conhecer as características sociodemográficas, as quais serão apresentadas no quadro 2. O quadro identifica as mulheres entrevistadas pela letra “E”, seguido do número em ordem crescente equivalente a sua entrevista para a pesquisadora. Tem-se os aspectos sociodemográficos como, idade, estado, município/ bairro, se alfabetizada ou não, profissão/trabalho, religião, local de moradia, condição obstétrica, número de filhos e se a mesma é usuária de álcool e/ou drogas. Não se aborda a cor/raça das participantes, pois todas as mulheres entrevistadas eram negras, visto que se autodeclarar negra era um pré-requisito para ser entrevistada. Segue abaixo a apresentação do Quadro 2:

Quadro 2: Caracterização social das mulheres negras em situação de rua no município do Rio de Janeiro (continua)

	Idade	Estado civil	Município de origem	Naturalidade	Alfabetizada	Profissão/ Trabalho	Religião	Condição de Moradia	Condição Obstétrica	Usuária de álcool e/ou drogas
E1	40+	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Reciclagem/ venda de doces	Fé em Deus	Barraco de madeira/ Central	GIV PIV	Sim
E2	45+	Solteira	D. Caxias	RJ	Sim	Prostituição/ Auxílio do governo	Fé em Deus	Rua/ Catete	GIV PIV (1 neomorto)	Sim
E3	32	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Delitos/Prostituição/ Balconista em Bar	—	Barraco de madeira/ Cracolândia/ Jacarezinho	GI PI	Sim
E4	33	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Delitos/Tráfico/ Auxílio do governo	Fé em Deus	Barraco de madeira/ Jacarezinho	GI PI	Sim
E5	38	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Delitos/Prostituição	Católica/ Evangélica	Rua/ Centro RJ	GV PV	Sim
E6	35+	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Vendedora	Católica/ Espírita	Rua/ Abrigo CPA 4	Mulher Trans	Não
E7	32	Solteira	Duque de Caxias	RJ	Sim	Tráfico	Fé em Deus	Barraco de madeira/ Jacaré/ Ocupação	GI PI	Sim
E8	40	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Prostituição	Fé em Deus	Rua/ Central	Mulher Trans	Sim
E9	37	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Ajuda do CnaR	Fé em Deus	Rua/ Cracolândia/ Jacarezinho	G0 P0	Sim
E10	48	Casada	São Gonçalo	RJ	Sim	Ajuda do CnaR	Fé em Deus	Rua/ Cracolândia/ Jacarezinho	GIII PIII	Sim

Quadro 2: Caracterização social das mulheres negras em situação de rua no município do Rio de Janeiro (continuação)

E11	36	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Prostituição	Fé em Deus	Rua/ Casa no Jacarezinho	Mulher Trans	Sim
E12	31	Solteira	Rio de Janeiro	SP	Sim	Venda de doces Reciclagem	_____	Rua/ Centro	GII PII	Sim
E13	40+	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Auxílio do governo/ vendedora	Evangélica	Ocupação	G0 P0	Não
E14	29	Solteira	Rio de Janeiro	BA	Sim	Reciclagem/venda	Espírita	Rua/ Santo Cristo	GII PII	Sim
E15	35	Solteira	Rio de Janeiro	MG	Sim	_____	Fé em Deus	Rua/ Gamboa	GIII PIII	Sim
E16	60+	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Auxílio do governo	_____	Rua/ Centro	Nega filhos, mas equipe diz ter	Não
E17	33	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Não	Venda de doces Reciclagem/ Auxílio do governo	_____	Rua/ casa da mãe Centro	GIII PII AI	Não
E18	40	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Salgadeira/ Pizzaiola/Artesanato/ Ajuda de lugares	Evangélica	Rua/ Praça Onze	GI PI	Sim
E19	33	Divorciada	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Auxílio do governo	Evangélica	Rua/ refere casa/ Praça Onze	GII PII	Sim
E20	35	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Prostituição/ Reciclagem/ Flanelinha	Fé em Deus	Rua/ Zona Portuária	GIII PII	Sim

Quadro 2: Caracterização social das mulheres negras em situação de rua no município do Rio de Janeiro (conclusão)

E21	40	Solteira	Rio de Janeiro	RJ	Sim	Delitos/ Reciclagem/ Lavadeira/ Babá	Fé em Deus	Rua/ Centro do RJ/ocupação	GV PI AIV	Sim
-----	----	----------	----------------	----	-----	---	------------------	----------------------------------	-----------	-----

Fonte: A autora, 2023.

Evidenciou-se, a partir das narrativas das participantes do estudo que estas se encontravam na faixa etária entre 30 a 50 anos em sua maioria, tendo somente uma mulher com mais de 60 anos de idade. Isso revela que as mulheres encontradas nos cenários de pesquisa são mulheres consideradas em fase adulta.

Os resultados encontrados coincidem com os resultados dos últimos censos sobre população de rua. Os Censos de População em Situação de Rua do Rio de Janeiro, realizados em 2020 e 2022, em suas análises referem que a maior parte das pessoas em situação de rua, encontra-se na faixa etária de 31 a 49 anos (DATA-RIO, 2020; 2022). Um outro estudo realizado no Estado de Minas Gerais, revela que 45% das mulheres em situação de rua, pertenciam à faixa etária de 31 a 50 anos (VILLA et al, 2017).

O estado civil majoritário das participantes é solteiro. Das 21 entrevistadas, somente uma é casada e uma divorciada. Entende-se que o estado civil dessas mulheres perpassa de forma direta, o fato de algumas delas, se intitularem “mãe solo”, enquanto outras, não se atribuem essa titulação, porém seus filhos, estão aos cuidados de outras mulheres e não de um progenitor. Somente uma mulher, a qual se intitula casada em seu estado civil, refere a continuidade da criação e tutela de seus filhos, pelo marido.

Um estudo realizado em Minas Gerais, com 191 mulheres, aponta que 57,6% eram solteiras e 61,3% tinham filhos (VILLA et al, 2017). Apesar das mulheres se apresentarem como solteiras, no que tange ao estado civil das mesmas, boa parte delas, relatam relacionamentos não oficializados. Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, com 10 mulheres em situação de rua, relata que ao serem indagadas sobre o seu estado civil, todas se declararam solteiras, porém duas afirmaram possuir um parceiro no momento da pesquisa (NARDES, 2021).

A naturalidade das entrevistadas também tem sua majoritariedade, o Rio de Janeiro (RJ). Por mais que essas mulheres apresentem no decorrer de suas narrativas, uma circulação por outros estados, o Rio de Janeiro continua sendo o estado predominante das mesmas. Têm-se somente três (3) mulheres advindas de estados próximos ao RJ, como São Paulo, Minas Gerais e Bahia. E somente cinco (5) delas citam não pertencerem a capital, sendo quatro delas (4) da baixada fluminense e uma (1) do norte fluminense.

O Censo de População em Situação de Rua do Rio de Janeiro (2020) corrobora a afirmativa acima, visto que, em seus dados, têm-se a informação, a qual a maioria dos entrevistados informa que nasceu no município do Rio de Janeiro.

No que se refere a alfabetização, todas as mulheres entrevistadas, relatam sua ida a escola. Algumas relatam inclusive, o prazer na leitura de livros e bom desenvolvimento em disciplinas específicas. Todas sabem assinar e somente uma (1), das 21 entrevistadas refere não saber ler e escrever. Entretanto a mesma, relata condições de saúde como a meningite na infância como a causadora de sucessivas internações e de longa permanência, deixando como sequelas, atrasos no desenvolvimento, que a fez desistir de estudar.

Ao equiparar os dados acima com o levantamento relacionado a escolaridade na mesma população, percebe-se resultados parecidos, visto que, em torno de 64% da população em situação de rua, relata ter ensino fundamental incompleto, saber ler e escrever (DATA RIO, 2022). Condizente com as narrativas das participantes, pois as mesmas contam sobre suas idas a escola, o amor pelas leituras e o saber escrever, mas não informam sobre ter cursado todo o ensino preconizado pelo MEC e nenhuma citou sobre nível superior.

A profissão ou fonte de renda das participantes do estudo se apresentam de forma variada, mas tem sua predominância em um trabalho informal. A reciclagem e a prostituição são as profissões citadas em maior número, sete (7) delas reciclam, enquanto seis (6) se prostituem, seguidas de outras profissões como balconista, vendedora sem área específica e uma empresária, que relata ser salgadeira profissional, pizzaiola e artesã.

O trabalho informal como fonte de trabalho e renda na cidade do Rio de Janeiro é citado de forma majoritária em outro estudo. O qual evidencia através de seus resultados, que quase 80% das pessoas em situação de rua realizavam alguma atividade para obter dinheiro (DATA RIO, 2022).

Atos ilegais, como delitos e tráfico de drogas, aparecem cinco (5) vezes como fonte de renda, em mesmo número, aparece o auxílio do governo, também variando entre Bolsa Família, LOAS e ou auxílio doença. Em menor proporção aparecem a venda de doces e as pessoas sem nenhuma fonte de renda, as quais são ajudadas pelos CnaR em parcerias com ONG's e/ou outros lugares.

O Programa Bolsa Família tem o objetivo de garantir renda básica para as famílias em situação de pobreza, busca integrar políticas públicas, incentivando o acesso das famílias a direitos básicos como saúde, educação e assistência social. O pagamento é de R\$600,00 por família + R\$150,00 por cada criança menor de 7 anos (BRASIL,2023). Já o benefício BPC LOAS, atualmente distribuído pelo INSS ao cidadão que tem direito, têm o valor de um salário mínimo, o que equivale a R\$1.320,00 mensalmente.

O auxílio doença é um benefício previdenciário oferecido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para trabalhadores que se encontram incapacitado temporariamente

para o trabalho em decorrência de uma doença ou acidente. Esse auxílio, é pago durante o período em que o trabalhador estiver impossibilitado de trabalhar, é fundamental para garantir a subsistência do segurado e de sua família. O valor do mesmo pode variar. A Renda Mensal Inicial não pode ser inferior a 1 salário mínimo (R\$ 1.320,00 para o ano de 2023), e nem maior à média dos seus últimos 12 (doze) salários de contribuição (JUSBRASIL, 2023).

Por vezes, a situação precária dentro das casas e de famílias pobres, a necessidade de se alimentar e prover também para os seus e as dificuldades para obter condições mínimas de sustento, expõe as pessoas a condições de trabalho insalubres e ilícitas. A falta de um trabalho ou uma renda que venha a ofertar dignidade e qualidade de vida, denota um processo de vulnerabilização.

Bosi e Guerreiro (2016), relatam que esse processo ocupa um espaço de dinamicidade e singularidade, pois cada pessoa vivencia uma história de vida e com ela os seus contextos e esta pode ser experienciada de modo diferenciado entre os diferentes sujeitos e grupos.

Em consonância com os autores acima, têm-se outros autores que se alinham a vertente da complexidade da vulnerabilidade. Apontam que a alimentação deficiente, o analfabetismo ou escolarização precoce, carência de renda, profunda desigualdade social, desemprego, condições de trabalho insalubres, condições sanitárias inadequadas, situações de violência, bem como as relações de gênero, raciais e de poder, nem sempre permitem ao outro uma decisão reflexiva sobre sua vida, escolhas e caminhos as quais perpassam (BARRA et al, 2010; SILVA et al, 2014).

No que diz respeito a religião/crença das participantes do estudo, têm-se a ‘fé em Deus’, colocado como um ser supremo, sem uma religião adscrita em onze (11), do total das participantes. As participantes que não referem religião/ crença, somam um número de quatro (4) participantes. Número este que se repete nas participantes que relatam serem evangélicas/protestante.

Nas religiões católicas e espíritas, têm-se um número de duas participantes em cada religião, todavia as duas participantes que citam o catolicismo como religião, uma refere também ser espírita e a outra também ser evangélica. Logo duas das participantes relatam religiões contíguas em suas narrativas de vida.

Autores apontam sobre a capacidade protetiva das religiões por produzirem cenários de apoio social e valorização própria, exercendo papel de escuta e acolhimento para as pessoas, quando são negadas em outros ambientes terapêuticos o que também se encaixa na

realidade de uma mulher em situação de rua, visto que a religiosidade pode representar um alento (MORAES; ROCHA, 2022).

No que concerne a condição obstétrica das participantes do estudo, quinze (15) delas, já engravidaram, como primeira e única gestação ou três gestações, obteve-se entre as participantes um número de quatro (4) delas, cada. Cinco mulheres nunca engravidaram, sendo três dessas, mulheres trans. Duas participantes engravidaram por cinco (5) vezes, porém uma dessas, apresenta quatro abortos, referindo agressões dos parceiros como causador desses abortamentos. E uma mulher refere não ter gestações e nem filhos em sua narrativa de vida, entretanto, equipe de saúde, relata que a mesma já gestou e tem filhos. Em consequente a condição obstétrica, quinze (15) das entrevistadas referem ter filhos.

Importante apontar que a saúde da mulher negra quando relacionada a causas obstétricas e gestacionais, necessita de maior cuidado. É preciso ser bem aferida para que se evite a morte por causas evitáveis. Visto que nessa pesquisa, as mulheres se encontram em situação de rua, é necessário maior cuidado e atenção. Observa-se que uma das participantes da pesquisa relata que sofreu violência física por seus parceiros durante gestações, tendo vivenciado abortamentos. Essa violência está atrelada a sua condição de gênero, ser mulher e acomete outras mulheres dentro da sociedade atual.

Um estudo, identificou através de sua revisão de literatura que os problemas de saúde que mais acometem as mulheres negras perpassam pelas infecções sexualmente transmissíveis (IST), a mortalidade materna em decorrência de agravos gestacionais e a violência sexual e de gênero e que todas se enquadram em causas evitáveis. São respostas da falta ou da precariedade em ações de saúde e políticas públicas concretas (MONTEIRO et al, 2019).

No que tange a serem usuárias de álcool e/ou drogas, somente 4 participantes, referiram não fazerem uso de nenhuma substância. As demais dezessete (17) participantes relataram fazerem uso de álcool e/ou drogas ilícitas de formas variadas. Não se obteve mulheres que fizessem uso somente de tabaco e o mesmo foi citado de forma simplória, associado a outras drogas.

Em dois estudos realizados com mulheres em situação de rua, com intuito de buscar sobre sua saúde, o uso de álcool e drogas foi citado. Gomes et al (2022) relatam que 64,29% das mulheres pesquisadas estavam ativas quanto ao uso/abuso de substâncias lícitas. O álcool dentro de nossa sociedade é considerado uma substância lícita, podendo ser parte dessa estatística. Em um outro estudo espanhol, foi apontado uma prevalência de uso de 83,3% no mês antecedente à pesquisa de uso e abuso de substâncias lícitas (GUILLÉN et al, 2020).

No censo realizado na cidade de São Paulo, em 2019, com pessoas em situação de rua, o uso de álcool e drogas foi apontado em 33% dos entrevistados entre 24.344 pessoas (IBGE, 2019; INSTITUTO QUALIEST, 2019).

3. 2- Categoria 1- Motivos e percepções da mulher negra sobre sua vivência em situação de rua

Essa categoria vem apontar sobre situações familiares que interferem ou são cruciais para a ida dessas mulheres as ruas. Na qual o conflito familiar, a perda ou quebra de vínculo aparecem com predominância. O sentimento de rejeição e abandono e a ausência de condição financeira/ desemprego ocupam também lugares de relevância.

Já no que diz respeito a outras situações familiares, como a violência física intrafamiliar, a sexual, o fato de conhecer a rua na infância ou até mesmo a morte familiar e o luto, e por fim o impedimento da maternagem e delitos em casa, aparecem também na perspectiva de situações familiares que acabam ocasionando a ida e a permanência dessas mulheres nas ruas.

O relacionamento amoroso conflituoso, o uso de drogas/ álcool e a preservação da família, também aparecem de forma acentuada, como motivos de ida as ruas.

No que concerne as percepções das mulheres entrevistadas, de como se dá a vivência na rua, a descrição em suas narrativas é de um cenário de vulnerabilidades, influenciados diretamente pelas questões de gênero e raça.

A rua como sinônimo de um lugar de sofrimento, dor, medo, difícil, perigoso, violento e de sobrevivência, aparece de forma majoritária. A perda dos filhos, assim como a invisibilidade e segregação também são descritas em maior proporção. As vulnerabilidades por ser mulher e as vezes também por ser negra, as violências e os riscos que as mesmas trazem e a indiferença da pandemia, são significativas.

Na busca de explicitar melhor cada achado dessa categoria, formou-se subcategorias nas quais se destrinchou as narrativas mais frequentes citadas acima.

3.2.1 - As situações familiares como fator decisivo para a vivência na rua, contíguo ao uso de drogas e a situação conjugal

A partir dos agrupamentos por similaridade, percebeu-se uma consonância das entrevistadas ao que compete aos motivos de ir para a rua, e as situações familiares foram citadas e descritas de forma majoritária. No que tange as narrativas das participantes, o conflito familiar apareceu em hegemonia sendo citado por dezenove (19) das participantes entrevistadas, com uma recorrência a qual gerou um total de 127 unidades de registros (UR), mostrando a relevância em que os conflitos familiares ocupam sob o olhar dessas mulheres e o quanto estes reforçam a escolha das mesmas para a ida as ruas.

Ao serem indagadas sobre quais os motivos que no decorrer da vida geraram conflitos familiares e as estimularam a ir para as ruas, as participantes do estudo descreveram sobre o impedimento da amamentação e os tipos de violência intrafamiliar (violência física e/ou sexual, maus tratos, negligência, exploração de trabalho). Mencionaram também o uso de drogas pelas mesmas dentro de suas casas, o que provocou inquietudes, atritos e desconforto familiar e até delitos com objetivo de obter dinheiro para a compra das drogas. Ainda relacionado ao uso da droga, surge também a ida para as ruas, com o intuito de preservar a família, visto que o uso de drogas em casa, causou embaraçamento, exposição e atrapalhou sob o olhar das mesmas, a convivência dentro de casa.

Observou-se o quanto que os conflitos familiares são presentes e fortes para as participantes do estudo, as quais através dos seus relatos trazem os sentimentos e reações que junto das situações vividas, perpetuaram e ainda pertuam no interior de muitas delas. Percebe-se em suas narrativas o quanto que ainda está vivo cada conflito relatado pelas mesmas, histórias que ocupam a fase desenvolvimental, como a infância, a adolescência e a fase da juventude e que muito de seus conflitos são vividos com tanta intensidade que até hoje são desvelados em suas faces e arrisco dizer, que também em seus comportamentos.

Na minha adolescência eu tive um namorado. Minha mãe ficou com meu namorado. Eu me relacionei com mulher também. Entendeu? Aí eu peguei minha mãe na cama com essa minha namorada, minha mãe já morou com o pai da minha filha. Entendeu? A gente discute com tudo, eu não suporto a minha mãe. Então ela é insuportavelmente, insuportável. [E3]

Se ela não tivesse falado isso, poxa, eu tenho certeza que eu não, assim..., eu não tava mais aqui. Mas eu também não entendi, num momento que tava louca, também num entendi. Tipo assim, pra mim ela ficou falando com arrogância, pra mim não dar mais mama para a garota, porque eu tinha usado droga, mas não pensei também, em que eu ter usado aquele dia todo de droga e eu amamentasse minha filha podia acontecer né? Algo que, hum sei lá, alguma coisa que ela estava tentando prevenir,

entendeu? Mas eu não entendi assim. Aí bateu a revolta na hora e foi por isso que eu fui pra rua [E4]

É, uma casa de família. Era uma casa de família, a gente só morou na rua quando, o meu avô morreu. Apanhei demais, não gosto nem de lembrar. Perdi meu pai. Fui expulsa da minha própria casa. Tive um padrasto que tentou ficar comigo a força. Perdi uma irmã. Aiii não gosto de lembrar não. Apanhei demais na vida. Meus pais me corriam para o meu bem, hoje eu percebo que eles queriam meu bem, não era o meu mal. [E15]

Os conflitos familiares estão sempre no auge dos motivos que permeiam a ida das pessoas para rua. Em pesquisa realizada com a população de rua na cidade do Rio de Janeiro, um total de 43% delas, respondem que o motivo de suas idas as ruas, são os conflitos familiares (DATA RIO, 2022).

A violência intrafamiliar é um dos fatores significativos que leva as mulheres a estarem em situação de rua. Como dito anteriormente, algumas participantes enfrentaram abuso físico, emocional e sexual por parte de seus familiares, o que as levaram a fugir de suas casas, em busca de segurança ou até mesmo devido a frustração que esses acontecimentos trouxeram. As suas narrativas confirmam esses fatos e desvelam suas dores.

É, foi por um negócio que aconteceu comigo né. Que alguém me pegou a força, eu fugi de casa mesmo. Como ela era assim me batendo, ela colocava era pimenta na minha boca, enchia a colher, falando que eu tava mentindo, quando eu ia no banheiro saia pimenta pura. [E2]

A minha vida antes de ir pra rua, era muito boa. No caso até então tinha minha mãe, tinha minha avó, tinha meus irmãos, meus pais todinhos perto de mim. Mas depois, quando fui crescendo, ficando adolescente, aí meu padrasto tentou me estuprar, aí eu tive que sair de casa. [E7]

A falta de apoio social e recursos financeiros geram dificuldades para essas mulheres encontrarem alternativas seguras e as ruas acabam por ser o único meio de moradia. É importante que hajam mais recursos e políticas efetivas para ajudar mulheres em situações de violências, a saírem desse ciclo e reconstruírem suas vidas em espaços que julguem digno e de qualidade. E é preciso findar com o distanciamento existente desses recursos para essas mulheres.

Sabe-se do aumento de pessoas em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro (DATA RIO, 2022) e este fato é decorrente das fragilidades as quais percorrem a política de Estado, a qual deveria prestar auxílio de qualidade a população em, a partir de acesso a moradia, emprego alimentação e educação (VIDAL, 2022).

Algumas mulheres referem tentar um retorno para suas casas, mas os motivos que as fizeram sair, também retornam e ressoam mais alto do que a força para permanecerem nas suas casas, o que provoca o retorno para a rua e também para em algumas delas, o uso de

substâncias psicoativas. Em boa parte das falas das entrevistadas, os conflitos familiares os quais, as levaram para rua são citados por mais de uma vez. Essa recorrência ou a dificuldade de falar da mesma, desvela o significado que os mesmos ocupam na vida dessas mulheres.

Eu vim para a rua porque eu tenho problema em casa. Eu e a minha mãe a gente não se dá. Então é melhor ficar na rua do que né? Perto... [E9]

E, como é que eu vou dizer? Eu uso droga desde os dezessete anos, mas antigamente eu conseguia ter controle, mas eu fui cuidar da minha mãe, eu não tinha um relacionamento muito bom com a minha mãe de criação. Aí fui inventar de cuidar dela, minha mãe sempre me tratou igual um lixo, né? Mas inventei de ir cuidar dela. Já tinha largado as drogas, aí por causa do tratamento dela comigo, acabei que eu comecei nessa porcaria de novo. [E10]

A preservação da família, também é apontada no contexto dos conflitos familiares. Muitas vezes associada as questões do uso de drogas, se tornou um componente do grupo o qual se encarrega de conduzir as mulheres as ruas. As narrativas das mulheres conotam sobre essa temática de forma explícita.

Foi quando eu comecei a usar crack, aí acaba, é tipo, bate a abstinência da droga, não tinha mais dinheiro, não tinha mais de onde tirar, eu ia pra tirar algumas coisas de dentro de casa, mas sendo que eu tenho dois irmãos que é mais novo do que eu, aí tipo, minha mãe ia trabalhar, aí tinha dias que eles trancava tudo pra eu não entrar, eu chegava, mas aí eu não entendia, mas depois eu fui tomando um entendimento. Pow como que é que eles ajudam para caramba e eu vou ir dentro de casa tirar, um bagulho que eles estão lutando pra botar. Uma coisa que eles lutam pra botar, eu vou lá tirar. Eu mesmo fui me conscientizando disso. Aí foi, e eu vou mais pra casa não. E fui ficando na rua. Pra poder não ter que ir pra casa tirar o que minha mãe suava pra botar. Controlei a minha abstinência da droga na rua”[E4]

Eu comecei a frequentar a rua, depois que eu conheci a droga, que eu queria assim, preservar a característica até mesmo da minha mãe, antes dela vim falecer, entendeu? E e reservar assim um ambiente onde eu moro, tipo, assim, não ter, assim, aquelas ofensas. Ah cracuda! Ah, usuário de droga, entendeu? Então, eu comecei conhecer a rua através da droga, eu quando estava a fim de usar droga, eu largava a casa, entendeu? E ficava pela rua. Então o motivo todo eh de eu tá na rua, foi isso... eu conheci a droga e não queria ficar usando perto da minha família [E5]

Não. Eu fui sair da casa da minha mãe, quando eu conheci o crack mesmo, aí eu fui expulsa da minha própria casa, entendeu? Eu sou viciada em droga, eu uso droga, mas tô tentando me controlar agora. [E15]

Nessas narrativas, percebe-se como o uso da droga foi apontado como um fator de ruptura importante dos laços familiares e influenciador para a decisão da ida e permanência nas ruas. A droga foi apresentada em grande parte das narrativas como um impecilho para a saída das ruas, o retorno para as casas e a recuperação dos vínculos. As mulheres reconhecem como a droga influencia e as atrapalha, mas o vício, não permite a sua progressão.

É verídico o fato de que algumas mulheres podem escolher viver nas ruas como uma maneira de proteger suas famílias do impacto do uso de drogas. É de extrema importância que se possa ofertar uma escuta ativa e qualificada, buscando compreender de forma sensível, a realidade em que as mesmas estão inseridas, que por vezes são situações complexas. Com o intuito de ajudar essas mulheres e suas famílias é fundamental propor estratégias de cuidados sociais e de saúde, que sejam eficazes para a mudança dessa realidade.

As redes de apoio, grupos de redução de danos, apoio psicológico e emocional, possibilidades de moradia, como abrigos ou casas de ações governamentais, auxílio financeiro, cursos profissionalizantes, entre outros, podem ser pontes cruciais para reintegração dessas mulheres com a família.

Em reflexão às necessidades supracitadas, percebe-se a importância do consultório na rua, pois o mesmo tem por objetivo a assistência integral à saúde. Ele busca compreender os princípios da redução de danos e realizar uma abordagem biopsicossocial no cuidado às pessoas em situação de rua, logo através do mesmo pode-se atingir a reintegração esperada (ROCHA CRUZ et al, 2020).

A perda e a quebra de vínculo também ocupam espaços na listagem dos motivos para ir a situação de rua. Foram citadas por treze (13) participantes, com uma recorrência de 42 UR.

A quebra de vínculo muitas vezes está associada aos conflitos familiares e boa parte desses acontecimentos ocorreram há anos atrás. Tais ocorrências, também influenciam e proporcionam a perda e quebra deste vínculo, expressando uma piora do contexto familiar e das relações, pois exprime não somente o conflito e como o mesmo ocorre, mas o quanto ele pode ser intenso ao outro, ao ponto de fazer com que não se queira mais ter vínculo, causando uma ideia de solidão e um impeditivo para o retorno ao lar.

Me sinto melhor aqui do que em casa, do que na minha própria casa entendeu? Meu pai, sempre fui apaixonada pelo meu pai, até um ano retrasado quando eu fui, até o ano passado quando eu fui passar o Natal com ele, e ele falou que não podia ficar com uma ex-presidiária dentro da casa dele, porque senão ele poderia entrar em cana também, num único dia de Natal. E eu jurei pra ele que nunca mais olharia na cara dele. Né? E não olho. Diga assim: eh honrai pai e mãe e vai ter vida longa na terra. Então meus dias serão muito curtos. Porque eu não honro nenhum dos dois. [E3]

Então, eu continuei na rua. Até porque também quando eu saí da casa dela com dezoito anos, eu falei pra ela que eu nunca mais iria voltar da casa dela. É do momento que eu saí daqui eu não volto mais! Nunca mais, só pra visita mesmo. E é assim, só vou lá pra visitar mesmo. Apesar de ela morar aqui, quase do meu lado, eu vou só pra visitar. Tem vezes que ela está até doente, que eu nem... nem lá eu vou. Mês passado ela descobriu uma doença que ela tá? Eu fui lá uma vez só minha filha, ajudei ela a tomar, pra se banhar, arrumei a casa pra ela. Eu sei lá, não me sinto...

pra mim não é legal ficar indo lá não. Prefiro ficar aqui no meu canto mesmo, passar o que eu passo e como, me sustentar, do que ir encher a cabeça dela. Eu não compreendi quando ela falou pra mim não amamentar mais minha filha, também falei um monte de coisas, hoje eu me sinto... tenho receio, sei lá das coisas que eu ouvi e das coisas que eu falei. [E4]

Com certeza. A droga... a droga é tão, tão sinistro tia, que ela faz tu ficar escondido do povo. Eu me escondo mesmo, tenho medo dos meus filhos, tenho medo da minha mãe, que nem que tá aqui. E, eu escuto até ela me chamar. Desde os 11 anos eu não sei quem é ela. Desde os onze anos eu não sei quem é ela. Ninguém vem me procurar. Eu só escuto a voz da minha mãe. São alucinações. [E20]

A quebra de vínculos familiares e sociais é, de fato, uma razão significativa que pode levar mulheres, a estarem em situação de rua. Esses vínculos desmoronam por várias razões, as narrativas supracitadas revelam que dentre os conflitos familiares, a falta de apoio emocional, a discriminação, o abuso e outras circunstâncias adversas, rompem conexões, trazem o entendimento de que a rua é a única opção e dão espaço para o sentimento de rejeição e abandono. Nesta mesma vertente, o autor Cruz et al (2020), corrobora essa afirmativa, através de seus estudos.

As brigas, os desentendimentos, os sofrimentos e as situações de violência compõem uma parte da lista das responsáveis pela junção conflito e quebra de vínculo. Em consequência, a rua pode se tornar a única opção para alguns indivíduos, pois a situação familiar se deteriora a ponto de não haver alternativa viável. A rua se apresenta como um caminho onde a pessoa pode se concentrar apenas em si mesma, sem causar incômodo aos outros membros da família, e buscar uma sensação de liberdade em meio a circunstâncias extremamente adversas (CRUZ et al, 2020).

O sentimento de rejeição e abandono, vinculado a ausência de procura dos familiares, ou em casos de morte e luto foi citado por quinze (15) das entrevistadas, com uma recorrência de 52 UR.

O sentimento de rejeição e abandono também se apresenta como um determinante para a ida às ruas e está associado aos conflitos familiares e as quebras de vínculo, inclusive. Porém, no que tange a esse determinante, as participantes demonstram os sentimentos e reações, como a tristeza, a dor, o choro e a solidão de forma mais acentuada, pois muitas delas entendem que a família ou um membro das mesmas, não têm por elas, amor ou empatia.

A minha mãe ela é dependente química também, entendeu usa cocaína. E ela sei lá, a gente tem um relacionamento estranho, acho que ela não gostou muito de mim, a gente sente, assim, quando as pessoas gostam da gente e quando não gostam, entendeu?! O tratamento dela comigo é totalmente diferente do tratamento dela com meus irmãos. E eu não me sinto bem assim, vendo? Entendeu? Que eu creio que eu

a trato bem, mas ela é ignorante pra caraca e é só comigo, tudo comigo é separado, é entendeu? É individual. [E9]

Acreditam que a permissão da família com relação a ida das mesmas para as ruas, seguido da não procura ou oferta de apoio, aponta a quebra de um elo com um par o qual se têm vínculo consanguíneo. Perante isto, as mulheres buscam se manter afastadas de quem poderia ser sua e fazem o máximo para esquecer de quem mais se tem apeço, apego ou amor.

Motivo eu tenho desde quando nasci. Fui, eu sou rejeitada desde quando nasci tia. Normal. O nome da minha mãe é a vida e o nome do meu pai é a solidão. E a vida segue. Mano, quando eu aprendi a ler, eu peguei um livro da minha mãe, que estava escrito assim: “Dia vinte e quatro do quatro de oitenta e oito (24/04/88), pior dia da minha vida. [E20]

Nesta última narrativa, a data citada pela participante, como o pior dia da vida de sua mãe, se refere ao dia do seu nascimento. Essa mesma mulher também refere maus tratos, negligência e falta de lazer e de aprendizado durante a infância, com sua mãe. A partir dessa leitura, a mesma opta por ir viver em situação de rua pela primeira vez. Outras participantes trazem em seus relatos o sentimento de rejeição e abandono, não somente como um motivo para sua ida as ruas, mas também para permanecer nelas.

Diante a realidade da pobreza e à fragilização dos laços familiares, muitas pessoas se veem sem alternativa a não ser viver nas ruas. A vida na rua é predominantemente a única opção de moradia disponível. Se deparam o tempo todo com as memórias e laços que deixaram para trás, mas que ainda parecem muito vivos, enquanto enfrentam a solidão e a falta de perspectivas. Nas ruas, encontram-se feridas abertas de exclusão, discriminação, falta de afeto, fome, frio e violência. E como se não bastasse, têm-se ainda a ausência de um lar. Marcados pela vulnerabilidade, essas pessoas travam uma batalha diária pela sobrevivência, em meio a tantas adversidades (CRUZ et al, 2020).

O racismo é uma questão discriminatória que pode causar um profundo sentimento de rejeição e abandono. O mesmo foi citado por uma das participantes, a qual perpassou por questões étnicas e que após ter sofrido o racismo dentro do ambiente familiar a qual vivia, optou por sair de casa. Todavia, o ocorrido se passa na fase da juventude, em que se presume uma instabilidade ou ausência de condições financeiras, que por fim, direciona a sua ida para as ruas.

Como é que foi? Depois eu comecei a aprontar muito, aí depois ela me despachou assim do nada. É... eu acho que foi as duas coisas assim, ao mesmo tempo, né? Eu querendo sair dela e ela querendo. Porque teve uma época que ela me bateu, ela tava até com um relógio assim pra me dar de presente, e não faltava nada ali, ela me dava

umas festas de aniversário, falava se eu queria ir numas festas ou um jantar fora. Então, assim, depois que eu estava com muita raiva, eu descobri que a família do meu padastro, né pessoal muito branco, eu descobri que ela, a minha madrasta estava falando pra mim que... “você está pensando que eles gostam de preto?” A família do meu padastro. “Você está pensando que eles gosta de preto? Eles não gosta de preto não. “Eles gostam, eles tratam você assim como a vó, como tio”, porque eu não chamava meu padastro de pai. Eu chamava ele de tio. Família muito branca, né? “Eles falam com você por causa de mim. Porque senão eles nem falava com você, porque eles não gosta de preto.” Aí aquilo ali me doeu muito. Doeu muito! [E2]

O racismo resulta em um sofrimento intenso, desqualifica a identidade do indivíduo, mina sua subjetividade e ignora sua singularidade. O preconceito e a estigmatização deixam cicatrizes profundas tanto nas pessoas em situação de rua quanto na sociedade em geral. A dor que o racismo causa, perpetua um ciclo de exclusão enquanto silenciam as diferenças socioculturais e individuais inerentes à humanidade, ofertando segregação e desigualdade social (ROCHA CRUZ et al, 2020).

A morte familiar, por vezes, a morte dos pais, aparece como um fato trágico, determinante para a vivência na rua, que se vincula a ausência de estrutura familiar, devido a condições financeiras precárias e/ou a perda de vínculo com membros da família que pudessem acolher ou ofertar rede de apoio para as participantes, ainda na fase da infância e juventude. Uma etapa, em que essas mulheres ainda não tinham idade e maturidade para sobreviver sozinhas. Em que o entrelaçamento com outras situações, podem se tornar determinantes para que essas mulheres permaneçam em situação de rua por quase a vida toda.

Minha mãe é morta. Minha mãe faleceu e meu pai também. Aí eu tive que ficar na rua. Tinha uns vinte anos. [E16]

Eu vivi na rua desde oito anos, quando minha mãe ainda era viva. Perdi meu pai com oito, pra nove anos, aí depois perdi minha mãe, porque ela não podia mais ter filhos, aí teve uma nenenzinha e ela teve complicação na operação, que ela não aguentou. Aí veio a falecer, meus dois irmãos foi adotado, por último, foi minha sobrinha de dois anos e quatro meses e minha vida foi só indo pra trás, porque eu fiquei desnorreada, fiquei sem minha família, perdi minha mãe, que teve um imprevisto, né? [E21]

As pessoas em situação de rua, estão a margem de um sistema econômico que as coloca frente a uma realidade de vulnerabilidade e a exclusão social, as quais são enfrentadas e se apresentam através das dificuldades acesso a oportunidades adequadas de emprego, moradia e amparo social. Visto isso, é necessário um olhar amplo e sensível por parte das políticas públicas e da sociedade em geral (RESENDE et al, 2019).

Observa-se que a situação socioeconômica é realmente um determinante para a ida as ruas, em torno de 55% das participantes do estudo, relatam que o desemprego e ausência financeira se tornou um determinante para que as ruas fossem uma opção de sobrevivência.

Esse resultado desvela a desigualdade social e conseqüentemente, as vulnerabilidades em que as mulheres estão expostas por ocuparem uma classe social, por vezes menos assistida.

A ausência de condições financeiras, ainda se entrelaça com a morte familiar, se tornando causas visíveis de permanência nas ruas. Algumas participantes, vão para as ruas devido a morte de quem estava em sua tutela ou era sua rede de apoio, outras relatam a sua ida por conta da ausência e dificuldades financeiras, o que as impedem de alugar ou comprar um espaço de moradia, comprometendo a dignidade de ter um teto, a qualidade de vida com maior segurança e diminuição dos riscos de violência.

Aí minha irmã pediu pra eu sair de casa. Consegui alugar alguma coisa numa Comunidade lá em Macaé, só que no final de dezembro, no Natal eu fui roubada, e no início do segundo ano da pandemia eu fui pra rua... [E6]

Ah, por desemprego. Desemprego, não tem como trabalhar. O pouco que a gente ganha não dá pra nós se sustentar e devido tá na rua também fica difícil arrumar um serviço. Porque tem o preconceito, né? Não tem o endereço, então dificulta muito. Mas já tive casa, já aluguei. Mas devido não ter como pagar, nenhum serviço, dinheiro certo, então, acabo voltando pra rua novamente. [E12]

Não, aí veio causar que a Prefeitura derrubou nossa casa. Aí não teve como minha mãe ter sustento pra... me tirou da escola, porque foi destruído tudo, tudo, tudo. Aí não teve como minha mãe sustentar nós. Aí foi aonde eu fui presa, no Santos Dumont. Aí minha mãe veio a falecer, eu tava presa, o juiz na época da menor, não deixou eu ir no enterro da minha mãe. Nem dar o último beijo na minha mãe. Aí foi onde, quando eu saí, aí eu vivi nessa vida porque, não tinha trabalho, não tinha nada. [E21]

Conhecer a rua na infância/ adolescência forma uma tríade, com a junção ausência de condições financeiras e o luto. Algumas narrativas mostram que a relação das mulheres com as ruas, se iniciou muito antes da juventude e que devido condições de extrema pobreza, poucas oportunidades e invisibilidade social, as mesmas passaram a vida sendo negligenciadas e marginalizadas pela sociedade.

É, eu nasci na rua e assim e continuava na rua, praticamente na rua. Morava e só final de semana ia pra ver se ninguém mexeu e domingo voltava. Passava a semana toda...[E1]

Morava com a minha mãe biológica, minha mãe não tinha muitas condições, ela saiu com três, eh quatro filhos, né? Digamos assim, quatro filhos pra rua pra pedir, pra arrumar alguma coisa, uma alimentação, né? Tinha dia que lá tinha feijão com farinha, tinha dia que era só farinha, era uma quizumba doida [E2]

Desvelar quem está “invisível” aos olhos da sociedade é ir contra a discriminação, preconceitos e criação de estereótipos. É ir em direção a uma sociedade mais justa e inclusiva.

Observa-se que a falta da rede de apoio familiar e o suporte governamental se entrelaçam nessas situações, pois essas mulheres permanecem na rua, buscando sobreviver

diante de uma realidade a qual não foi uma escolha, mas um fato no qual foram inseridas por circunstâncias da vida.

Algumas pessoas passam uma vida inteira nas ruas, sem rede de apoio familiar e também governamental. Sabe-se que o direito a moradia, faz parte dos deveres do estado, mas elas são casos que com suas narrativas, descrevem claramente a ausência desse dever cumprido.

Um estudo revela que ao ser oferecido cuidado especializado para mulheres em uso de substâncias psicoativas, em sua maioria, elas apresentavam baixo nível de escolaridade. Declararam-se em grande parcela, analfabetas, desempregadas e vivendo em condições precárias de moradia. Essas características desmascaram um estado de vulnerabilidade que se estabeleceu desde cedo na vida dessas mulheres. A maioria relatou ter vivenciado violência durante a infância e adolescência, além de ter iniciado sua vida sexual e ter tido seu primeiro contato com drogas nessa mesma fase, expondo o quanto as desigualdades sociais afetam a vida de quem nasce em uma situação desfavorável socialmente e ocupam com estratégias de sobrevivência, uma fase a qual não se deveria ter esse tipo de preocupação (VARGAS et al, 2018).

Outros estudos corroboram essa afirmativa, os quais mostram que as mulheres negras são as mais impactadas, representando 39,8% da população em extrema pobreza e 38,1% entre as pessoas em situação de pobreza. No que tange a esses dados, as mulheres negras apresentam menor nível de escolaridade, menor status socioeconômico e conseqüentemente estão mais suscetíveis ao adoecimento e a morte (SIQUEIRA, 2021; IBGE, 2021).

Além das situações familiares, os relacionamentos amorosos conflituosos, aparecem em treze (13), do total das entrevistas, com uma recorrência de 53 UR. Em conseqüente, o uso de drogas, em treze (13) das mesmas participantes, pois em alguns casos, o uso de drogas é o motivo dos relacionamentos serem ou estarem conflituosos, o que os fazem também como determinantes para a vivência em situação de rua.

Eu tava lá em São Paulo, morando num projeto lá da Prefeitura que é “Autonomia em Foco”, cheguei a ganhar um apartamento lá. Cheguei a ganhar um apartamento, mas aí eu fui na acompanhar a ideia do cara, o Adilson, né? Foi lá comigo na reunião, aí a mulher falou que não dava pra ele morar, porque eu estava morando no projeto da prefeitura sozinha. Aí ele falou assim, não, depois mora comigo aqui, esquece isso, e depois a gente resolve o que a gente vai fazer, acabou nós dois ficando na rua. Perdi o espaço. Aí cheguei até falar com o projeto lá. Eu falei: ó, não vou ficar não...então agora nunca mais eu acompanho ideia de homem, pelo amor de Deus... [E2]

Ele me agredia, me batia, usava drogas né? Pedi pra ele sair e entreguei a casa e fui pra Macaé, nos primeiros meses da pandemia. [E6]

Fazia psicólogo, psiquiatra, entendeu? Aí eu larguei o tratamento, me afundei nas drogas entendeu? Aí fui tendo surto, surto, surto e ele só foi bebendo, bebendo, bebendo, bebendo, entendeu? Aí aí não deu mesmo, a gente preferiu antes que o negócio se agravasse, ficasse pior já tava tendo agressão, então a gente preferiu, entendeu? Dar um basta por ali mesmo. Entendeu? [E14]

Percebe-se que os relacionamentos amorosos nas narrativas supracitadas, foram determinantes para as mulheres irem para as ruas. Seja por optar em acompanhar o parceiro e com isso, perder uma oportunidade de moradia, seja por conflitos maiores, como a agressão. Em alguns casos, o relacionamento construído, atravessado pelo uso de drogas e os conflitos que esse uso gerou, fez com que as mesmas optassem em entregar suas casas ou simplesmente sair delas, na busca de se proteger e tentar reconstruir sua história. Com exceção da primeira narrativa, a rua não se apresenta como uma escolha, mas sim como uma alternativa de se proteger de agressões e solucionar o problema e os riscos encontrados dentro de seus lares anteriores.

Na próxima narrativa observamos um relacionamento também conflituoso, novamente entrelaçado pelo uso de drogas, demonstrando os riscos os quais as mulheres podem estar inseridas por suas relações e as perdas que elas continuam tendo, a partir desses relacionamentos. O gênero, a renda e a escolaridade, fazem parte de determinantes que fomentam situações de violências patrimoniais, psicológicas, físicas e financeiras, associado a uma dependência emocional.

O cara começou a jogar arroz, farinha em cima da cama. Ainda falei pra ele, não vamos usar droga aqui dentro da casa não. É a mesma coisa que falar, vamos ficar a moda revelia. Agora eu quero morar sozinha, ter minha liberdade. [E2]

Porque eu tô aqui não é por minha causa, que a minha casa, tinha que ver minha casa, minhas plantas, eu amo planta, que eu sou da roça, minhas onze horas são as melhores, cada uma de uma cor, ficou tudo lá, por causa dele, por causa de uma bicicleta maldita. Pegou, colocou na boca de fumo e sumiu com o raio da bicicleta. Todo mundo sabe que eu sou mulher dele, quer dizer se eu chegar, me pegam para achar ele. E tu sabe que não pega, os pneuzinhos já estão lá né? Então, já vi na televisão que tá pegando, o tal do micro-ondas. Eu falei pra ele, eu vou estar do teu lado, se tiver que achar, vai achar nós dois, vamos morrer os dois queimados. Eu sem fazer nada errado, levando a culpa pelo que ele fez. [E18]

As narrativas também desvelam riscos de feminicídio, entre outras questões, com isso, as mulheres acabam vivenciando regressões em processos de estabilidades e perdas importantes em suas trajetórias, que ocasionam a saída de seus lares e o retorno para as ruas, devido a insegurança e o perigo. Dessa forma, as ruas se tornam estratégias de proteção e distanciamento dessas situações.

Mostrou-se, no Atlas da Violência, Ipea (2018), que o crescimento da violência sexual e das mortes por homicídios da população negra brasileira é reflexo da desigualdade de gênero e racial. Calculou-se, de acordo com dados do ano de 2016, que a taxa de homicídios entre as mulheres negras foi de 5,3/100 mil mulheres, superior à taxa referente a mulheres não negras (3,1/100 mil mulheres), correspondendo a uma diferença de 71%.

Enfatiza-se que, em dez anos de estudo, a taxa de homicídios para cada 100 mil mulheres negras aumentou em 15,4%, enquanto, entre as não negras, houve uma queda de 8%. Verifica-se, além disso, que os homicídios de mulheres negras aumentaram em 50% em 12 estados brasileiros, no período de 2006 a 2016; por sua vez, para mulheres não negras, considerando o mesmo período, o aumento de homicídios ocorreu apenas em seis Estados (IPEA, 2018).

Todos os motivos que incitaram as mulheres a estarem em situação de rua, fazem parte de uma história única e complexa, que por vezes são entrelaçadas por razões variadas. É importante lembrar que abordar essas questões, requer uma compreensão profunda das circunstâncias individuais, o que exige sensibilidade, empatia, escuta ativa, qualificada e subsídios para conseguir oferecer apoio e estratégias adequadas e efetivas.

3.2.2 Vivências na rua: um cenário de vulnerabilidades (individual, social e programática)

Esta subcategoria tem por finalidade apresentar e contextualizar as vivências das mulheres entrevistadas, no contexto da rua. Busca-se descrever e dissertar sobre como se dá essa vivência e quais as facetas que as envolvem, para a partir dessa perspectiva entender sobre como se pode ofertar ajuda e como a sua saúde está envolvida na realidade vivida.

Considerando o referencial temático sobre vulnerabilidades, cabe destacar assim como já falado anteriormente, que elas podem ser classificadas em vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

A vulnerabilidade individual da mulher negra em situação de rua é uma questão complexa e multifacetada que requer uma análise cuidadosa.

A dor, o sofrimento, a preocupação, o trauma, o medo e a vida complicada, foram trazidas pelas mulheres em suas narrativas e são vulnerabilidades individuais intensamente vividas por pessoas em situação de rua, incluindo as mulheres. E se pensarmos nos riscos e as vulnerabilidades que o fato de ser mulher acarreta, entenderemos o quão fica mais difícil. A

experiência de estar sem-teto é muito difícil e desafiadora e as fazem carregar um fardo emocional significativo.

Dentre as entrevistadas, somente uma mulher não citou sobre esses sentimentos e reações vividos na rua. E os mesmos foram citados com uma recorrência de 81 UR, o que declara o quanto tudo isso ficou marcante na vida dessas mulheres.

E agora parece que é tipo assim, é um sofrimento sabe? [E2]

Olha, que saudade da minha mãe, sinto muita falta dela. De abraçá-la, de beijá-la, de pedir perdão pelo que eu já fiz, de carinho, de um colo... é um colo que eu acho que ela nunca, ela me deu na vida. Acho que é isso. [E15]

As dores da alma, a saudade, as dificuldades cotidianas, se apresentam como uma dor que aumenta e grita enquanto se está sozinha nas ruas. Essas mulheres enfrentam desafios que tornam suas experiências de vida ainda mais difíceis. A empatia, escuta ativa e a solidariedade são cruciais para a possibilidade de tornar suas vidas mais dignas e menos dolorosas.

Cinco anos na rua... Cinco anos na rua. É Bonsucesso, Norte Shopping e é Del Castilho, esse lugar assim... Engenho de Dentro, esses lugares, tudo na rua, cinco anos na rua. Primeira vez que eu dormi na rua, eu dormi enrolada uma cortina assim fininha, tava assim maior chuva, maior frio... falei: meu Deus, pra onde que eu tô indo cara?! Aí aquele negócio: ai não vou pra casa cara, eu vou dormir na rua?! Que isso cara... nunca dormi na rua, que vergonha! Como que eu que ia dormir na rua? Deus me livre, é o pânico! Aí ele arrumou um papelão lá! Arrumou um papelão meio úmido, porque estava chovendo, com aquela cortina mesmo, nós dois se cobrimos, quase um entrando dentro do outro de frio né? E dali eu olhei e ah não é bicho de sete cabeça não. Dá pra enfrentar. Hum. Eu estou aqui. Tentando. [E4]

Dezenove anos, eu tinha dezenove anos e foi horrível, né? Eu não sabia pra onde ia, com quem ficava, entendeu? [E13]

O medo pela própria segurança nas ruas, a incerteza sobre onde encontrar abrigo ou comida e a preocupação constante com a sobrevivência são desafios diários que contribuem vividos para a pessoa que está em situação de rua. A complexidade da vida na rua, só aumenta o sofrimento e a vulnerabilidade. Reconhecer e abordar essas vulnerabilidades individuais é essencial para fornecer o apoio necessário às pessoas em situação de rua. É importante possibilitar o acesso a abrigos, cuidados em saúde mental e de assistência social, para a superação dessas dificuldades emocionais e práticas, visando ajudá-las a transpor esses desafios e reconstruir suas vidas.

Albuquerque et al (2016), corrobora as afirmações acima, pois acredita que as mulheres procuram e precisam de um ambiente de proteção e apoio. É de extrema relevância que esses serviços possam implementar ações interdisciplinares pactuadas com a perspectiva de gênero. Nas quais se trabalhe a autoestima, as questões de violência, o combate aos

estigmas, o enfrentamento dos sentimentos de culpa e vergonha. Que também sejam abordadas perdas psicossociais, o autocuidado relacionado as suas comorbidades e envolvimento e reintegração de suas famílias.

Vivenciar a situação de rua e tudo o que nela acontece, não é tarefa fácil. Os desdobramentos das vivências nas ruas do Rio de Janeiro perpassam por um cenário de muitos atravessamentos. Nas narrativas das participantes, a percepção delas no que concerne a viver em situação de rua, se relacionam com as questões de classe, gênero e raça/cor, que se apresentam como protagonistas de uma vulnerabilidade individual.

No que tange as questões de classe, suas profissões informais, o “garimpo”, termo usado para descrever o nicho de trabalhos informais, desvelam sua realidade e vulnerabilidades. As atividades como reciclagem, lavar roupas, levar carroça, varrer bar, serviços domésticos e a prostituição, desvelam a precariedade a qual a falta de emprego e oportunidade, insere as mulheres em situação de rua, provocando um risco relacionado a comorbidades, como IST, entre outras problemáticas de saúde sanitárias. Nessa perspectiva ainda, pode-se citar a pandemia Covid-19, na qual, essas mulheres continuaram em boa parte, a trabalhar, pois não havia possibilidades de isolamento e sim de sobrevivência.

As mulheres enfrentam riscos significativamente maiores de violência, abuso sexual e exploração e acabam se tornando alvos mais suscetíveis para agressores, o que as faz ainda mais vulneráveis. Os entraves por ser mulher negra na sociedade e estar na rua, são mencionadas por nove (10) das participantes. As questões que envolvem gênero e raça/cor, são predominantes nas percepções das participantes do estudo, e apresentam em torno de 125 UR no total.

Porque eu como sendo mulher, eles querem aproveitar. Hoje mesmo eu fui numa ação e todo mundo cantando, que você é bonita, quero ficar contigo, quero beijar na tua boca, quero isso, quero dar um abraço e assim, eu num tô pra isso. [E1]

Desse cara que eu morei, praticamente assim eu só tive três relações com ele né? Mas aí fiquei quatro meses com ele e já sentia que era dono meu. [E2]

Se eu tiver dentro de um quarto assim, um hotel, um exemplo, eu começar a usar droga ali, eu não consigo nem abrir a cortina, eu fico com medo, entendeu? Porque realmente a violência ela tá, entendeu? Contra nós mulheres, então, tá cada vez mais, entendeu... Eh como é que fala? Avançada, né? Entendeu? Então eu zelo pelas mulheres negras, entendeu? [E5]

É mais difícil. Não foi não, é mais difícil. Querendo ou não para te falar a verdade, por ser negro no Brasil. A escravidão não acabou. Só mudou a forma de escravizar. É. Escravidão não acabou não eles só mudaram a forma. Entendeu? E só... eles só mascararam a forma. Essa é a real. [E11]

As mulheres negras em situação de rua enfrentam múltiplas formas de vulnerabilidade devido à intersecção de raça, gênero e a situação de falta de moradia que está associado a classe a qual elas estão inseridas.

O termo “interseccionalidade” se apresenta inicialmente através da jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw. A ideia de interseccionalidade originou-se com a intersecção de raça e gênero. Busca-se demonstra as consequências causadas a partir da interligação de gênero, raça e classe, de forma simultânea, revelando como um olhar dos mesmos separados, pode não ser excludente, porém quando juntos, provocam desigualdades e consolidam situações trazidas pelo racismo, patriarcado, machismo e opressões de classe. Visto que se preza pela integralidade, o conceito fala sobre ser inapropriado separar cada eixo. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas, expressam opressões a partir dos eixos supracitados e nos coloca em subordinação (CRENSHAW, 2015; KYRILLOS, 2020).

Olhar para a interseccionalidade como uma proposta de cuidado através das políticas e programas de assistência a saúde da mulher negra em situação de rua, possibilita reconhecer que as questões interseccionais fazem parte de um único contexto e que a mulher não pode ser vista por fatores isolados.

Um olhar holístico e integral com o acesso a abrigos seguros, apoio biopsicossocial e esforços para combater o racismo sistêmico e a discriminação de gênero se fazem essenciais.

As dificuldades no acesso aos cuidados de saúde são por vezes alimentadas pelo estigma e a discriminação que subsidiam altas taxas de pobreza e insegurança habitacional, distanciando das mulheres cuidados a saúde e o bem-estar (ALCANTARA et al., 2022).

O preconceito pode ser apontado pela etnia/raça, gênero e classe. A intersecção dessas desigualdades e maneiras de opressão aproxima-se de reflexões que solicitam o entendimento ampliado e crítico em saúde. A interseccionalidade descreve as a construção do ser a partir de um contexto que não o separa, que busca a integralidade em todos os âmbitos de saúde e suas vivências. É relevante compreender sobre o paradigma da abordagem interseccional em saúde, com o intuito de promover o senso de equidade e justiça social (OLIVEIRA et al., 2020).

Ainda no que tange as questões de gênero, a violência física de parceiros na rua, a violência sexual e conseqüentemente os riscos de feminicídio, são citados por essas mulheres como ocorrências vivenciadas pelas mesmas nas ruas.

Ele chegou a tombar minha cabeça lá na Lapa, aí os policiais do “segurança presente”, me botaram dentro do carro e levaram pro Souza Aguiar correndo pra ver se precisava dar ponto aqui, né? Aí graças a Deus não precisou dar ponto não. Aí mandou se afastar dele. E eu soube que essa pessoa, matou uma mulher lá no MAM. Então graças a Deus eu me afastei, pode até me matar, meter a fumaça, sei lá. Quebrou minha cabeça, me jogou assim, saiu uma sangreira danada. [E2]

É. O cara não presta pra nada. É um desgovernado da vida. Sem cultura. É psicopata cara, maluco da vida, sei lá. Eh vamos dizer, no coração nós não manda, nós obedece, né? Eh eu achava que eu tava amando. É. Tomando porrada do amor pela milésima quarta vez. Mas teve um tempo que pra mim se separar dele, eu tive que fazer maior loucura pra poder... eh se não ele ia me matar! Ele não aceitava o fim de relacionamento... [E4]

Eu perdi por causa de um cara que eu fiquei com quinze anos, meu primeiro marido, ele me batia muito. Aí eu perdi os nenéns. Perdi um menino, depois perdi um casal de gêmeos e perdi uma menina. Quatro... e agora a pouco tempo perdi uma menina, tem sete mês já que eu perdi, perdi com quatro meses de barriga. Desse cara que eu fiquei internada. [E21]

No que tange ao feminicídio, no caso das participantes, o fato delas estarem na rua, as coloca em uma posição mais vulnerável, pois são vistas em menor proporção, logo as colocam em posição de menos favorecidas. A prevenção do feminicídio e a proteção das mulheres em situação de rua exigem uma abordagem interprofissional, deve envolver a assistência legal e psicossocial, dos governos de uma forma geral e até mesmo da comunidade em geral. Em alguns casos, a violência não só aconteceu e ficou em seu passado, como continua acontecendo.

Ao se tratar de violência contra a mulher e as taxas de homicídio, as pretas e pardas, ocuparam lugar superior do que as mulheres brancas, com taxa de 34, 8% maior. Ao olhar para a mesma perspectiva fora do domicílio, essa taxa sobe para 121,7% maior. Logo, as mulheres estão sujeitas aos riscos de morte e as negras, que ocupam boa parte do número das mulheres em situação de rua, estão sujeitas aos riscos de morte, em maior proporção quando comparadas as brancas (IBGE, 2021). Uma discussão que novamente não perpassa somente o ser mulher, mas também o seu quesito raça/cor.

Vou deixar beber. Hoje ele me bate pela última vez. Assim, vai me bater por causa de isqueiro, mas ele apanha também. Antigamente eu ficava toda marcada, machucada, chorando, agora joga ele no chão, monto em cima, ele me vira, eu viro pra cá. Todas as marcas que você vê nas costas dele, foi eu que fiz, não fazia... Sempre era eu, entendeu? Agora faço, mas hoje vai ser pela última vez. Quando chegar a van de madrugada, do acolhimento, eu já vou correr. Socorro, me leva. Tu vai ver. [E18]

Ele começou a beber e usar a droga mais pesada, crack. Eu falei, para, para... Ele me oferecendo bebida. Eu falei, eu não vou beber orando, orando, orando... Ele xingando todo mundo, falando que ia perturbar todo mundo, aí discuti com aquela menina que parou aqui, que tá toda machucada, ela xingou ele. Tive que segurar ele pra não bater nela, ela quis partir pra cima de mim, eu falei pra ela que não ia brigar

com ela. Aí até que no sábado onde veio tudo, que ele me agrediu e eu tive a minha recaída da bebida. [E19]

Violência, violência sexual, roubos, opressões. Para pessoa viver na rua ela tem que ser condescendente com muita coisa que não é valor dela moral. De repente eu tenho que aceitar um valor moral que não é meu, pra minha integridade na rua. [E6]

Logo, além das agressões e dos riscos de feminicídio, a violação dos direitos sobre seus corpos, também surge como uma questão de percepção da vivência na rua, o que conota mais uma vulnerabilidade.

Segundo Benedito (2017), é necessário refletir sobre os corpos martirizados e vulneráveis, sujeitos a serem regulados, controlados, subjugados, adaptados e punidos. Esses corpos também correspondem aos corpos de indivíduos em condição de desabrigo e por vezes esses corpos, são corpos femininos.

Em permanência da apresentação das questões de gênero deste estudo, o impedimento da maternagem e a perda dos filhos, perpassando pela perda da condição de ser mãe, foi aludida em treze (13) das participantes, com uma recorrência de 43 UR.

E teve uma vez, que a enfermeira veio e falou, o que você está fazendo aí? Eu to dormindo aqui por causa das crianças, de manhã eu vou trabalhar, ué?! (Eu botava carro ali no Pedro Ernesto mesmo, botava carro). De manhã eu vou trabalhar ali com as minhas crianças, aí a enfermeira falou assim: Eu vou ter que chamar o conselho tutelar. Eu falei: não chama não Enfermeira, mas foi a melhor coisa que ela fez. Não chama não Enfermeira, por favor! Eu vou perder minhas crianças, por favor! Porque eu já tinha perdido um, e foi muito ruim, porque eu me joguei do segundo andar para pegar ele (fez silêncio)..., hoje em dia está aí casado, graças a Deus. [E1]

O muita coisa que eu falei, não se resume nem em nada. Tipo, ela só tirou, só tirou de mim, é... a parte que eu me sentia mãe, entendeu? Quando minha filha tava mamando, eu me sentia mãe, então tipo assim, não ia ter cabimento, mas eu tá ali e sem sentir aquela, aquela melhor fase da vida, entendeu? Até porque eu fiquei sabendo que eu não poderia mais engravidar de novo. Eh e senti aquela sensação de novo, né? Entendeu? [E4]

Aiiii...Parecia que estava arrancando um pedaço de mim. Parecia que tinham arrancado um pedaço de mim, tipo um pedaço do meu coração né? Que minha filha olhava pra minha cara falava: “mamãe te amo, tá mamãe?” Eu respondi: Mamãe te ama muito e eu dei um cordão pra ela com dois coraçãozinhos, quer ver? Ela: “mamãe esse daqui é a senhora e esse daqui sou eu, tá mamãe? Quando eu for dormir eu vou falar pra Deus pra olhar a senhora e falar pra ele que te amo! Daí eu fui me jogando mais pra baixo... [E7]

Não converso com elas. Não eu já tinha visto, mas depois eu cortei a relação, eu não tenho vontade de ver mais não. Pra mim, eu não me sinto mãe não. De verdade. Eu não tenho sentimento de mãe. Não me sinto mãe. Ainda quero ser mãe, mas eu não me sinto mãe não. Não sei, é um sentimento que era pra eu ter, sofri bastante quando eu fiquei sem elas, aí depois, eu fui me desligando aos poucos, me desligando..., parando de ver elas, aí eu perdi esse sentimento de ser mãe. Ah me envolvi com droga, tive depressão, tentei suicídio. Aí depois fui me desligando. E tô aqui. Já usei cocaína, pó, já usei crack também. Só. Tentei me matar. Umás sete vezes, mas não deu muito certo não. [E12]

Percebe-se o quanto a maternagem e o impedimento da mesma atravessa a vida das mulheres em situação de rua e como afeta a saúde mental das mesmas. A dor de não poder estar mais com seus filhos ou o risco acentuado de perdê-los, faz com que, as mesmas percam o equilíbrio e façam uso exacerbado de drogas psicoativas ou até mesmo tentem contra a própria vida. A força do amor e da dor se encontram e divergem ao mesmo tempo.

O ato de cuidar é visto como essencial para o ser humano, uma vez que está relacionado ao zelo, ao bom trato, à empatia, à solicitude, caracterizando, desta forma, o ato pelo qual a pessoa “sai de si”, libertando-se de suas amarras sociais e individuais para centrar-se na preocupação com/de outra pessoa (ALVES et al, 2020).

Em contínua reflexão, a identificação como ser “mãe solo”, também aparece, dentre as treze mulheres citadas anteriormente.

Aí voltei de novo, aí perdi a virgindade com o pai da minha filha, tive minha filha sozinha... E tive minha filha graças a Deus com saúde, consegui criar ela sozinha com mais nove irmãos. Tive que sustentar nove irmãos, fora minha filha de cinco anos, minha mãe e meu padrasto. Era quem eu sustentava com quinze anos. E depois quando eu consegui criar minha filha, com cinco aninhos de idade, eu tive que dar ela pra minha ex-sogra, cuidar dela. [E7]

[...]criei ele sozinha, passei fome... Quando eu fui para Espírito Santo a primeira vez com ele nos braços, eu trabalhava pra ganhar cento e cinquenta, a quitinete era cento e cinquenta, mês todo ganhar cento e cinquenta. A minha comida, deixava de comer pra ele. Até ele comentar lá no CRAS, quando ele fazia aula de dança. E o prefeito de lá pagou três meses de aluguel pra mim. Me deu cesta básica, porque ele comentou. Eu não comentei com ninguém. Cara, eu tava assim ó, raquitica, magrela. [E18]

Assim como se retrata no estudo acima, Borges (2020), relata que as Mulheres que são mães, contudo não fazem parte de uma relação conjugal, compõem uma numerosa realidade no Brasil. Isto, independente do meio, seja de uma maternidade voluntária e planejada como a adoção unilateral ou por técnicas reprodutivas, seja por questões socioculturais como o abandono ou a omissão paterna.

O preconceito também é apontado como uma percepção da vivência na rua das participantes, em anexo a essas falas, a homofobia também é citada por três dessas mulheres. A verdade é que por vezes a sociedade enxergam as mulheres em situação de rua com olhos que constroem estereótipos de gênero e discriminação.

Os outros passam por você pela rua, te olha de rabo de olho. Então, pô é a coisa mais horrível do mundo. E como pra mim tá sendo a primeira vez. Porque eu tô o quê? Vai fazer dois anos na rua. Porra é a pior sensação do mundo. [E10]

Cara é horrível. É horrível porque você aí... mas com o tempo você acaba se acostumando na rua, mas no começo foi difícil, entendeu? De não ter um banheiro, você não ter um banheiro pra tomar o seu banho, fazer sua higiene pessoal, ter

aquela alimentação que você costumava ter na sua casa, entendeu? De abrir uma geladeira. Às vezes eu tenho que beber água quente, ter que encarar os outros te olhando de cara feia, entendeu? Preconceito na verdade, né? Das pessoas. [E14]

Em consequente, as últimas citadas, trazem em suas narrativas a dificuldade de sobrevivência, não aceitação e exclusão por serem mulheres trans.

Aí fui pra comunidade. Na comunidade, mulher trans, não é bem vista. Aí no segundo ano da pandemia eu fui pra rua com uma senhora cadeirante e com um rapaz homossexual. Eles me apoiaram, nós dormíamos nós três juntos. [E6]

Muita discriminação, em vários termos. Entendeu? Muitos aceita, muitos é difícil. Discrimina, entendeu? É melhor ficar calmo. Só não pode me encostar. [E8]

Não. Só riam, só riam. Falava: “ah seu viado. Toma vergonha na cara. Vira homem! Esses tipos de palavreado que eles... Os homofóbicos, querendo ou não é homofobia. Como você vai maltratar alguém que está aí e não está fazendo mal a ninguém. Aí você vai passar, você vai do nada, tu vai tacar uma pedra. Eu tô vivendo o que? Na época de Jesus, que tinha as adúlteras, que tinha aquela lei, que tacava pedra, apedrejava. Então, eu não estou nessa época. [E11]

O ato de autodeclarar a orientação sexual a alguém não é algo simples em um país de raízes homofóbicas/transfóbicas. Quando alguém afirma sua homossexualidade, seja publicamente ou diretamente a alguém, essa mensagem não chega ao interlocutor como uma simples descrição desse sujeito, mas de seus atos enquanto homossexual, da sua prática e por vezes, isso incomoda a sociedade, que se vê com o direito de questionar sobre o corpo do outro (CARVALHO; BARRETO, 2022).

A partir do que foi pontuado acima, ficam os questionamentos: Será que nos é permitido ter poder sobre o corpo do outro? O direito de decidir sobre sua identidade de gênero ou orientação sexual? Será que o fato de ter-se entendimento de que só o meu pensamento e os meus princípios estão certos, posso agredir o outro? São perguntas necessárias para a construção e debate com o intuito de estimular um olhar mais respeitoso, humanizado e equânime dentro de nossa sociedade.

Em um olhar permanente para as questões de vulnerabilidades, as vivências das mulheres nas ruas também perpassam por questões sociais, o que agrava de forma direta ou indireta a vulnerabilidade individual.

No que tange sobre a vivência nas ruas e as questões de vulnerabilidades sociais, em suas percepções, as ruas se apresentam como um lugar difícil, perigoso, ruim e violento, como um espaço de covardia e injustiça, que expressa a necessidade de sobrevivência. Consequentemente, se descreve um espaço de risco de morte.

E a convivência na cracolândia é o ó. Caraca muito, sabe? Tipo assim, você tem que saber viver na Cracolândia, você tem que saber lidar com todo mundo, entendeu? Você tem que saber lidar com as pessoas interesseiras, com as pessoas boas, com as

peessoas ruins, com as pessoas falsas, com as pessoas enroladas, tá entendendo? Eh vários tipos de pessoas diferentes, entendeu? Completamente diferente da convivência lá fora. Não tanto, porque lá fora também, a gente convive com pessoas da mesma forma, entendeu? Mas aqui é pior, porque tem pessoas que fazem tudo pela droga. Tudo, exatamente tudo, fazem qualquer coisa pela droga. Tem pessoas que é capaz de colocar a sua vida em risco. Por uma nóia assim, por isso aqui... Tem pessoas que tem coragem de colocar sua vida em risco por isso. Pessoas que são capazes de inventar histórias, de mentir, levar contextos para os amigos da boca, entendeu? Para poder ganhar droga, está entendendo? Se colocando... colocando sua vida o jogo. [E3]

Eh porque na rua, irmão, você só vai encontrar amizade só pra isso, bebida, eh cocaína, maconha, crack, você na rua, você... tipo assim, você não tem quase apoio, entendeu? Você não tem quase apoio. [E5]

Não, tô no CPA 4, no abrigo da prefeitura. Aqui no Rio. Busquei logo um equipamento da prefeitura. Viver na rua é muito ruim. Muito ruim dormir na rua. [E6]

Ai facadas de cafetina, daqui foi uma travesti que me cortou por causa de homem. Tanta coisa. Ah isso daqui foi, daquele negócio de... Um negócio que faz com pedra? Que bota pedra, que estica o elástico? É. Estilingue. Eles passando dentro do carro, deram estilingada e ovada em mim. Ih e a vida é tão... Eu já tomei paulada, já tomei pedrada na cabeça, já ganhei ovada, tudo e isso trabalhando na pista. Você está assim em pé, trabalhando, daqui a pouco passa um carro, taca uma pedra em tu ou taca ovo podre em tu. [E11]

A vivência nas ruas através das narrativas dessas mulheres, se mostra como um espaço violento, covarde e preconceituoso, na qual sobreviver e criar estratégias de sobrevivência é uma necessidade. Um estudo do Conselho Nacional dos Direitos Humanos, fala do quanto a rua é perigosa, de quem são esses corpos violentados e agredidos e traça medidas para que os números possam fomentar políticas ou melhorias.

É relevante destacar a significativa inclusão da população em situação de rua no formulário de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no âmbito da saúde, visando aprimorar os dados relativos a esse grupo populacional. Por exemplo, o Boletim Epidemiológico Nº 14, publicado pelo Ministério da Saúde em junho de 2019, elabora um estudo descritivo das notificações individuais de violência interpessoal/autoprovoçada, com o propósito de retratar os casos de violência que envolvem a população em situação de rua, registrados no SINAN nos anos de 2015, 2016 e 2017. Nesse período, foram notificados 777.904 casos de violência, dos quais 17.386 estão relacionados à situação de rua, com 54,8% das vítimas sendo de origem negra (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2020).

Além de se apresentar como um espaço de covardia e violento. A vivência na rua também proporciona a apresentação para drogas lícitas e ilícitas. O desejar esquecer dos sofrimentos, ter forças para sobreviver ou até mesmo a curiosidade sobre as drogas, são apontados pelas participantes do estudo.

Eh porque na rua, irmão, você só vai encontrar amizade só pra isso, bebida, eh cocaína, maconha, crack, você na rua, você... tipo assim, você não tem quase apoio, entendeu? Você não tem quase apoio. [E5]

No caso, através da minha mãe e meu padrasto, eu cheirava cocaína, usava maconha, bebia cachaça, aí era muita responsabilidade pra mim. Levar meu irmão Samuel, que eu tive que levar ele pra operar que nasceu com tudo aberto, labial, céu da boca, a gengiva toda aberta e levava ele pro hospital, depois inventaram de ter mais um filho, como a falecida Ágila, que nasceu de sete meses, morreu de sete meses de vida. Disso tudo minha vida virou uma bomba. Deixei minha filha com a vó dela. E abandonei meus irmãos na mão da minha tia. E eu fui embora pra central. Na Central eu comecei conhecer as drogas. Como pó, cocaína, depois passei experimentar desíree (mistura de maconha e crack), e como vocês vê, como hoje, eu sou consumidora de crack. [E7]

Entende-se que as dores e os sofrimentos da alma, o luto e as dificuldades de sair do cenário que incita ao uso do álcool e outras drogas, em consequência limita essas mulheres a avançarem em suas perspectivas de vida e as deixa vulneráveis a espaços de violência. O álcool e outras drogas, são um grito para as fragilidades vividas por essas mulheres.

O autor do estudo relata por meio dos depoimentos de seus entrevistados que o consumo de bebidas alcoólicas, em particular a cachaça, é motivado pela sua acessibilidade em termos de preço e pela facilidade de compartilhamento. A aguardente é vista como uma forma de combater a fome e aliviar o sofrimento psicológico das pessoas em situação de rua. No entanto, esse consumo também impede a organização e estruturação de suas vidas. O álcool é identificado como uma força poderosa de vulnerabilidade que impacta significativamente a vida desses indivíduos (ROCHA CRUZ et al, 2020).

Em consequente, ainda inseridas no contexto da vulnerabilidade social, as mulheres citam em suas narrativas, percepção de maior segregação social na pandemia, falta de alimentação, higiene dificultada e condições precárias de moradia, como as ocupações.

A segregação social na pandemia, retrata a segregação social já existente dentro da sociedade e que com o tempo pandêmico aumentou, devido as condições sanitárias exigidas e de isolamento.

Deus é maravilhoso, porque mesmo com a pandemia consegui superar, porque eu vendia bala, ninguém abria o vidro, não dava bom dia... [E1]

Olha irmã, foi muito difícil, porque tipo assim, a rua é a lei da sobrevivência né? Então tipo assim, se você não pegar uma caixa de doce, começar a vender, arrumar o dinheiro pra garantir, tipo assim, o teu almoço, teu café... na pandemia ninguém, estava chegando perto de você. Ninguém, ninguém, ninguém... e foi tipo assim, um procedimento irmã, que foi praticamente uma tortura, né? Porque assim, a pessoa ali depende de vender a bala, mas ninguém chega perto por conta desse negócio de tocar no mesmo lugar, que não pode. Negócio de ficar passando álcool em gel, usando máscara. Que não podia se aproximar, né? Das pessoas, então acredito que ali as pessoas, se reservavam e não vinha, não aceitava não, corria, corria. [E5]

Pra gente foi difícil, né? Porque não tinha onde ficar, né! Não podia andar, também não tinha como, assim, se isolar, né? Então a gente ficamos, ficando, como posso dizer, sem ter o que fazer. Vivemos normal, no dia a dia normal, como a gente sempre faz, né? Às vezes não tinha lugar pra comer, por causa das pessoas também não queria contato físico, né? Devido a pandemia e foi isso... Tudo fechado. Pra sobreviver foi mais difícil, pra se alimentar, pra tomar um banho. [E12]

O fato de se estar na rua, por vezes impossibilitou as mulheres de estarem isoladas, como as regras sanitárias, exigiam da população. A alimentação na rua se dá pelo dinheiro a cada dia conquistado por seu trabalho a terceiros em sua maioria ou diante das vendas para a população, que diante da pandemia, estava isolada e com medo.

O avanço da pandemia apresentou um desafio significativo para as políticas voltadas à população em situação de rua, tornando-se ainda mais complexo nesse contexto de aumento desse grupo populacional. Além dos riscos intrínsecos associados à doença, que demandam medidas sanitárias como isolamento, distanciamento social e higiene, essas ações se mostram difíceis de serem implementadas devido à realidade vivenciada por esse grupo. A ausência de circulação nas ruas, que é uma das principais características dessa população, cria dificuldades para sua subsistência diária, uma vez que o acesso a fontes de trabalho, renda e doações é limitado (SILVA et al, 2020).

As perspectivas criadas sobre quem poderia transmitir o vírus Covid-19 e o quanto a higiene seria uma forma de cuidado, determina quem a sociedade irá segregar, visto que não se pode estar nas ruas, todavia, a rua é o local de moradia de muitos. Também é preciso higiene e a mesma é dificultada aos que moram na rua. Visto isso, as pessoas em situação de rua, estiveram por vezes na lista dos vilões ao invés de vítimas, contudo estavam mais expostas do que muito de nós.

Teve um rapaz que ele, eu acho que ali ele tava até com Covid, tava eu e meu filho no canguru, aí eu oferecendo a bala, aí ele: não, não, não, não, ele já mexeu no bolso, aí ele tipo assim, ele jogou o dinheiro e atravessou pra rua, ele não chegou nem perto de mim. Aí ali eu já senti alguma coisa, aí eu fui, peguei o álcool, molhei minha mão e fiquei passando na nota. Eu tava segurando o Samuel e o Samuel era bem bebezinho. [E5]

Foi um momento muito difícil, triste, pra mim então, sabe? Muito álcool gel, cheguei quase comer álcool gel, sabe? Álcool gel na mão, na cara, no corpo, pra não pegar, morando na rua, aí tu fala com um, não sabe se tem, e a gente trabalhava no CEASA, garimpando, e a gente não sabia, que é muita gente botando a mão em tudo, mas Deus foi maravilhoso. Não peguei até hoje. [E18]

A falta de alimentação já faz parte de um cotidiano nas ruas. A busca por uma alimentação por vezes é a meta diária de quem está na rua. Na pandemia, as participantes do estudo referem a piora no que se concerne a alimentação e isso só desvela um pouco mais

sobre a segregação social e as vulnerabilidades as quais as mulheres vivenciaram a situação de rua nesse tempo.

Todos passaram a crise, menos nós. Caçamos igual o leão, tia. Trabalhamos muito. Aqui ninguém rouba não tia. Aqui todo mundo trabalha. [E20]

Ficou difícil porque parou de passar carreta, parou de passar tudo. Aí os moradores que tava dando comida pra nós. É, no começo foi ruim, porque não passava nada, não passava nada, os moradores que ajudava, dava café, dava tudo pra nós comer, se alimentar. E aí depois foi ficando difícil, né? Aí vem feriado, aí vem os comércios fechando, na rua sem garimpo, sem nada, ferro velho, tudo fechado, aí os materiais vem se abaixando tudo, aí como que se vendia alguma coisa? Como que se pegava alguma coisa na rua? Não tinha como. As feiras também que nós iam catar as coisas, não estava funcionando também, porque fecharam por causa da aglomeração, porque não podia ter aglomeração. [E21]

A situação apresentou um dilema complexo, no qual as medidas de prevenção da pandemia muitas vezes colidiram com as condições de vida da população em situação de rua. As políticas públicas ainda precisam enfrentar esse desafio considerando não apenas as necessidades de saúde, mas também as condições sociais específicas desse grupo, visando garantir que eles possam acessar recursos vitais para sua sobrevivência, bem-estar e proteção que era para ocorrer durante a pandemia (SILVA et al, 2020).

Estar diante da necessidade da solidariedade e ajuda das pessoas no entorno ou a luta para conquistar uma alimentação, não encerra a lista de vulnerabilidades sociais. A higiene dificultada e as condições de moradia, também ocupam essa lista e são citadas como problemas de quem está a margem da exclusão.

Você não tem privacidade? Você... se chove, você não tem um teto, você tem que catar quentinha... Pow é a coisa mais horrorosa do mundo você morar em rua. Eu tenho que mijar atrás de caminhão. Se você vai tomar um banho..., lá tem um tal de um cano lá, que botaram pra tomar banho. Se você vai tomar um banho, fica gente te olhando, entendeu? [E10]

Apanhava água no boteco, com a garrafa e tomava banho de noite. Lá para as três da manhã, eu tomava banho. [E16]

Porque eu não tive uma casa, eu tive um lugarzinho de estuque, eu tive um quartinho de estuque, que eu e minha mãe fizemos. Toda vez que chovia, acabava, acabando desmanchando...E aí nós tinha que fazer um barro e jogar tudo de novo. [E1]

As vulnerabilidades sociais em situação de rua, compreende uma série de desafios enfrentados o tempo todo, que juntamente com as questões individuais e de saúde, vão distanciando cada vez mais as pessoas de soluções possíveis para suas causas. É relevante que pautado nas políticas públicas vigentes, tente se desconstruir o paradigma em que a vida dessas pessoas se esbarra. Atividades de acolhimento e orientações ao serviço social, a partir da própria rede, pode ser ofertado esse suporte (RIO DE JANEIRO, 2023).

As pessoas que enfrentam a vivência em situação de rua, estão expostas em boa parte do tempo a todos os tipos de riscos e vulnerabilidades. A vulnerabilidade programática é uma delas e é a que quando percebida e trabalhada com o intuito de ser cessada ou ao menos diminuída, permite que os demais tipos de vulnerabilidades por conseguinte também sejam minimizadas.

As participantes do estudo relataram a falta de oportunidade e rede apoio governamental, abrigos ruins, entraves nos serviços de saúde, como situações vividas em internações hospitalares como uma parte das vulnerabilidades programáticas as quais estiveram expostas.

Porque eu acho assim, quando a pessoa quer ajudar, que ele fala muito assim de abrigo essas coisas, nós chegamos no abrigo que nós vê um lugar deplorável, desculpa. Mas é verdade. Assim, sujo, entendeu? Muita das vezes, vasos entupidos, entendeu? Então, como é que nós vamos ficar num ambiente cheirando a fezes, então nós preferimos fazer o quê? Voltar pra rua! Esperar o agir de Deus, entendeu? [E5]

Eu, em Minas já morava na rua. Então eu já vim preparada pro Rio de Janeiro, quero morar na rua mesmo. Fiquei em um abrigo lá da Ilha, achei meio assim... não gostei não. Eu vim preparada para morar na rua mesmo, mas sabendo que o Rio de Janeiro não é... entendeu? É o lugar que eu fico é por causa da droga. [E15]

Percebe-se que os abrigos nem sempre são vistos com bons olhos por quem mais precisa deles. A distância em que os mesmos ficam do centro do Rio, de locais de trabalho e renda ou a qualidade da assistência necessária, tem se apresentado aquém do que era para ser o esperado. Logo, em alguns casos, as mulheres optam por retornar as ruas. Outros autores dissertam sobre isso.

São importantes os subsídios que forneçam recursos sociais relacionados aos programas nacionais, regionais e locais para que se consiga promover e proporcionar com veracidade as informações, os insumos e materiais, além de outros componentes indispensáveis à promoção e prevenção da saúde. Se faz necessário e de grande valia que as instâncias governamentais, assumam seu papel e reponsabilidade, construindo propostas de cuidado, considerando as individualidades dos sujeitos e seus contextos sociais (AYRES, 2009; 2012).

Não, eh clínicas para dependentes químicos. Entendeu? De recuperação. De recuperação foi uma a uma, tudo se fechando. E eu fui lá de Barra Mansa, fechou. Michele fechou, Michele ela é um exemplo, num parecia nem que eu tava numa pública, parecia que eu tava numa particular. Amei tudo, uma boa alimentação, eh os psicólogos muito atento, entendeu? Muito bom, fora que tinha muita atividade,

porque o ruim do dependente químico é a falta de atenção, a falta de oportunidades, é falta de atividade. [E11]

Mas eu agora eu também fiz meus controles, porque eu já fui internada várias vezes lá em São Paulo, fui internada no Cajamar (município em São Paulo), Hospital Lacan (São Bernardo do Campo), e tive o meu controle quando eu saí, sabia? Tive o meu controle quando eu saí. Agora aqui eu precisava de uma internação, mas aí só tem aquela lá na Vila Kennedy, né? Eu fiquei lá uma semana porque lá eu tenho que rezar toda vida. Eh então, eh então eu já não gosto de orar. Assim, praticamente assim toda hora, toda hora, eu não aguento. Não aguento. Aí mexe com a minha psicologia, não aguento. Porque eu já fiquei lá em São Paulo, fiquei também duas semanas também na Missão Belém, fiquei lá, consegui... mas depois eu saí fora, eu não consigo ficar... (simbolizou a oração). Agora se for uma casa terapêutica, igual eu passei lá, clínica médica mesmo, terapêutica, aí sim eu consigo. Mas lá eu não consigo não. Leito também eu ficava quatorze, quinze dia lá no CAPS, assim vai... [E2]

A falta de apoio governamental fortalecendo os espaços de cuidado já existentes como CAPS e Consultórios na Rua através de Investimentos, limita as possibilidades de cuidado, as estratégias, a construção de atividades e cursos profissionalizantes que poderiam diminuir a inserção dessas mulheres no cenário das vulnerabilidades.

E além de as deixarem a margem de uma sociedade em que segregar foi “naturalizado”, as permitem viver situações desconfortantes, em que se orienta por exemplo, que será através da oração e somente por ela que a pessoa conseguirá deixar o vício. Não se há um trabalho de redução de danos e nem de entendimento dos motivos que as levaram a fazer uso da droga. O apoio emocional necessário é substituído pela cura religiosa, fragmentando assim, os estudos já discutidos e pactuados falam sobre a oferta de um cuidado integral, com olhar holístico e humanizado.

A disponibilidade de insumos fomenta a promoção de cuidados e autocuidado, uma vez que muitas pessoas não possuem recursos financeiros para aquisição deste. Outro programa prioritário dentro do dispositivo CnaR é o Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuário de Álcool e outras drogas, o programa traz a proposta de ampliação do acesso ao tratamento e a promoção do direito à cidadania com abordagem na redução de danos. (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Dessa forma, tenta-se desconstruir a ideia trazida acima, em que para cuidar de pessoas que buscam sair dos vícios, é preciso de um espaço religioso e de oração.

A realidade financeira, também se confronta com as faltas de oportunidades no meio da educação e também social. A necessidade de parar de estudar e não conseguir retornar, também apareceu, como uma questão de vulnerabilidade programática, muito pertinente nos dias atuais. Assim como, a necessidade de suporte de rede de assistência social e de cuidados clínicos especiais.

Antes eu tinha uma vida né. Casa. Tinha meus filhos. Eu era casada. Aí a gente se separou e eu tive que largar os estudos na casa da minha mãe, eu tinha que ajudar em casa, então tive que largar os estudos, entendeu? Então aí eu não tive tantas oportunidades né, tive que vir morar na rua, né? [E14]

Eu tive meningite, pequena, depois dessa minha meningite, eu tive essa epilepsia, eu tenho uma epilepsia desde meus vinte e um anos, não sei ler, nem escrever e até hoje eu não consegui benefício nenhum. Eu só tenho o Bolsa Família, mas eu dou pra minha mãe, por causa das crianças. Por isso que eu estou falando, que eu não sei escrever e não sei ler. [E17]

Por serem dependentes de recursos do governo a continuidade de algumas Políticas Públicas são insuficientes para amparar de forma abrangente grupos ou populações, por exemplo, o grupo de pessoas que vivem em situação de rua (PSR). Este grupo é afligido simultaneamente por diversas situações de vulnerabilidade, sendo que, a gênese não está estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, todavia atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Os entraves no serviço de saúde também surgem como vulnerabilidades programáticas, visto que o espaço institucional o qual deveria ofertar cuidado, através de um profissional que oferta um atendimento desqualificado e violento, acaba por causar um trauma. Isso é, ao invés de um cuidado que poderia ofertar melhora gradual de uma paciente, o mesmo oferta memória que ocasiona culpa e baixa estima.

Claro que falou tia. Eu me internei tia, casei com o porteiro e sai com quinze dias. E ele ainda me deu vinte reais. Está me esperando até hoje voltar. É falta de vergonha ou não é? A psiquiatra falou isso pra mim, kkkk Que eu tava com falta de vergonha na cara. [E20]

É por causa de que eu acho, a doutora na maternidade, me perguntou se eu, eh me perguntou se eu queria ligar ou se eu só queria botar DIU, porque eu não poderia mais ter filho. Aí eu não me recordo por que e nem me recordo mesmo se ela amarrou ou se ela, né? Eh botou, DIU?! Num sei, ou se ela cortou minhas trompas. Aí tipo, hoje minha filha tem doze anos, até hoje eu penso que eu não posso ter filhos né, nunca mais engravidei também, e também nem procurei saber também não. [E4]

Não... Não explicou nada não, só perguntou. Aí eu fui e falei: Ah não sei. Eu sempre pedi a Deus um filho só. Aí como já tinha vindo a Eloá, aí eu falei pra ela que eu não queria mais ter filho, mas aí eu não sei o que ela fez, depois disso entendeu? Não sei qual foi o procedimento que ela deu. Aí eu penso que eu não posso mais engravidar. Então, tipo eu não posso mais ter aquele momento de se sentir mãe. [E4]

O isolamento social na pandemia decorrente de ações governamentais sanitárias a fim de impedir a propagação do vírus da Covid-19, aparece também como um integrante da

vulnerabilidade programática, mas é mencionado como um causador de maior segregação social e com isso se atravessa com as questões de vulnerabilidades sociais.

Na pandemia também não mudou muita coisa, entendeu? Foi a mesma coisa. A gente só não tinha tanta gente na rua, então ficou pior pra gente, não tinha quase carreatas, a gente não tinha como ter quase, ter acesso a alimentação, né? Fazer os corre que a gente geralmente faz, que é reciclar ou então qualquer outro tipo de coisa, você entendeu? Então é isso, entendeu? Não teve muita diferença não. Mudou muita coisa não. [E14]

Ah eu vou te falar de viver na rua é uma coisa absurda, surreal, violento, se você não tiver um coração bom, você vai seguir cada rumo. Tanto pro mal quanto pro bem. E como que eu falo assim, sobre antes da covid, acho que não mudou nada. Não mudou nada. É a mesma coisa. Só ficou um pouco mais recluso. Mais fome. Mais sede, mais frio... Aí logo depois vem um pouco mais de ajuda, mas não mudou nada, a mesma coisa. [E11]

Ainda transpondo os fenômenos das vulnerabilidades, a pandemia como indiferente e a invisibilidade/ exclusão na vivência da rua também são apontadas como um indicador de permanência na rua, a partir da percepção delas.

Pô eh durante a pandemia, eu já estava na rua já. Eu andava como mandava, máscara, né? Tipo, mas num ficava totalmente, eh dentro de casa 24 horas, né? Como ficou os outros na pandemia, né? É, tava aí na rua, pelas casas, mas fazendo o certo, né? Máscara, álcool em gel, né? Ah manter as mãos sempre limpas, manter distância, eh obedecer conforme estava mandando os médicos, mas eu, graças a Deus, não peguei esses negócios de Covid, não, esses negócios da pandemia, pra mim não modificou muita coisa não, nem antes e nem depois né? [E4]

A pandemia se apresentou como indiferente em boa parte dos discursos, pois para quem está em situação de rua, em um ambiente desfavorável e segregador, as medidas de precaução não faziam sentido, visto que não se tinham subsídios para uma real proteção. A realidade é que novamente a população em situação de rua, ficou a margem, inclusive no que diz respeito ao auxílio emergencial, pois esse grupo populacional muito necessitava do mesmo, porém algumas questões sociais não os permitiram alcançar. O autor abaixo corrobora essa afirmativa.

Ainda que o governo federal tenha implementado um auxílio emergencial destinado a pessoas de baixa renda, especialmente aquelas envolvidas em atividades informais, as pessoas em situação de rua enfrentam desafios adicionais que podem, em muitos casos, ser intransponíveis. Eles podem não ter os documentos necessários para acessar esse auxílio, o que dificulta a obtenção desse recurso. Além disso, estão expostos a diversos outros tipos de riscos que o valor e a natureza desse auxílio não conseguem atender (SILVA et al, 2020).

3.3 - Categoria 2 – Saúde da mulher negra em situação de rua

Essa categoria busca dissertar sobre como se dá a vivência nas ruas de mulheres negras, suas vulnerabilidades, sua saúde de modo geral, o acesso a serviços de saúde e, tudo o que mais as mulheres negras estão expostas e vivenciam em situação de rua que podem agravar ou não sua saúde.

Com o intuito de explicar melhor a saúde dessas mulheres, essa categoria foi subdividida em três subcategorias.

A primeira delas explicita sobre o uso de substâncias psicoativas e as situações de comorbidades nas ruas. Em suas narrativas, as mulheres trazem sobre os tipos de drogas usadas, o uso exacerbado delas, seus efeitos e como elas relacionaram o uso das drogas e a pandemia Covid-19.

Inicialmente, a proposta da subcategoria é expor como se dá a relação das ruas com o uso do álcool, tabaco e as drogas e como que esse uso, pode interferir nas suas questões de saúde.

Em um outro momento essa mesma subcategoria apresenta as doenças e os agravos os quais são vivenciados pelas participantes do estudo. Algumas situações acometidas ainda em suas casas, outras que se iniciarão nas ruas. Em alguns casos, as situações de comorbidades citadas, acontecem nas ruas, mas estão diretamente ligadas as histórias vividas ainda dentro de seus lares, que ressoam e gritam todos os dias e inclusive, influenciam para o aumento do consumo de drogas.

As doenças respiratórias, como a bronquite e a tuberculose, as infecções sexualmente transmissíveis e as gravidezes não planejadas na rua, aparecem em poucas participantes, mas são pontos importantes a serem olhados e cuidados, já que de alguma forma, não sendo prestado uma assistência eficaz, podem trazer riscos de vida, seja ao coletivo, seja individual, como no contexto da saúde da mulher.

A temática com maior recorrência de unidades de registros foram as que remetem as questões de saúde mental e emocional. A depressão, a ansiedade e a tristeza, se apresentou em 15 das entrevistadas, com mais de 31 UR. Além delas, tem-se a auto-mutilação e as tentativas de suicídio como questões trazidas e relacionadas a depressão.

A segunda subcategoria discute sobre as ações governamentais e não governamentais e o cuidado em saúde. Nesta as mulheres trazem todas as possibilidades de suporte relacionado a sua saúde, ofertado por quem é responsável em ofertar cuidado para a

população. Logo, são citados os abrigos, auxílios ofertados pelo governo, como fonte de ajuda e renda, internações, clínicas terapêuticas, centro especializado de assistência à mulher, o benefício terapêutico ofertado através da entrevista e os CAPS. Foi citado com maior prevalência, a assistência prestada pelos CNAR sendo citado por dezesseis (16) das participantes, com uma recorrência de 40 UR. Isto revela desde já quem tem conseguido ofertar uma assistência de qualidade, mesmo diante limitações e o quanto esse cuidado é importante para as mulheres em situação de rua.

A última subcategoria apresenta os sentimentos e reações que essas mulheres vão desenvolvendo no tempo em que estão em situação de rua. Os sentimentos que promovem resiliência para se manterem vivas, sobreviventes e até mesmo terem perspectivas de mudança.

Nessa subcategoria, os sentimentos de fé, fortaleza, de pertencimento a uma família, de amadurecimento e vontade de mudar são os apontados pelas narrativas. Todos eles se apresentam com uma recorrência alta, mas o amadurecimento e a vontade de mudança, tem uma recorrência de 59 UR dentre dezoito (18) participantes.

3.3.1 O uso de substâncias psicoativas e Situações de comorbidades: um cotidiano comum na rua

O uso de álcool e drogas aparecem de forma acentuada diante das narrativas das entrevistadas. As mulheres relatam sobre quais os tipos de drogas elas usam ou usaram durante o tempo de vida na rua. Algumas relatam que após o consumo de muitas delas, diminuiriam para somente uma ou duas das mesmas.

Ah depois eu curti, depois eu curti baile, eu curti baile, depois eu tomei caipirinha, depois eu comecei fumar cigarro, depois eu comecei a fumar maconha, depois eu comecei a cheirar, tomar cerveja também e depois eu comecei a fumar crack, entendeu? E assim vai. [E2]

A caixinha de bala que eu pegava pra vender, eu comprava bebida, a barrigudinha, a caninha da roça e ficava bebendo, comprava droga, mas o meu problema é mais bebidas. Bebida mesmo, não conseguia ficar sem beber. [E19]

Usava muito, usava muito crack, loló, cola, thinner, benzoato de benzila, sabe? Mas nunca usei balinha, pico na veia, nada disso. Só isso! Agora, graças a Deus eu tô me afastando. [E21]

Sabe-se que a realidade das ruas pode influenciar no consumo de drogas, o que, ao mesmo tempo, pelo uso frequente e ou exacerbado pode trazer complicações de saúde.

Considerando as consequências do uso de drogas, destaca-se a importância em estabelecer ações que possam minimizar a utilização da droga, orientar a população em situação de rua, quais os efeitos de cada droga, a ação das mesmas dependendo de suas misturas e quais podem ser menos danosas. Orientar sobre o tempo da droga no corpo do indivíduo e assim trabalhar na vertente da redução de danos, para que se evite problemas de saúde associado ao consumo de drogas.

Um estudo com mulheres abordou sobre os fatores sociodemográficos e epidemiológicos e obteve como resultado a influência no uso de substâncias psicoativas (VARGAS et al, 2018). O autor sinaliza a importância de desenvolver abordagens terapêuticas que levem em consideração a análise de risco desse grupo; com o intuito de garantir um cuidado abrangente e individualizado, que atenda às necessidades específicas de cada mulher (VARGAS et al, 2018).

A importância da orientação para prevenção de doenças ou agravos em saúde, também se apresenta através das narrativas. Observou informações equivocadas sobre prevenção de doenças, inclusive sobre a prevenção do vírus Covid-19, onde o método usado e citado por algumas participantes não foi a sinalizada pelos órgãos governamentais da saúde.

Ninguém pegou. Ninguém pegou...Que ele consultou na internet, quem bebe álcool não vai pegar pandemia. Aí começou todo mundo ali beber, né? [E2]

Horrível. Horrível, horrível, horrível. Engraçado que aqui. Cracudo não pega covid não menina. Eu acho que é muita química. É sério. É sério. Eu estou morando numa cracolândia pela primeira vez. E eles não pegam covid. Eu tomei essa vacina, né? Que foi até eles mesmo que foram lá, mas eles não..., você não viu nem um cracudo com covid. Mentira? É muita química no corpo. [E10]

É de extrema relevância que sejam oferecidas estratégias de promoção e prevenção de saúde no que tange as queixas respiratórias e em especial a pandemia vivida há tão pouco tempo. A SUBPAV, propõe que sejam desenvolvidas atividades educativas e informativas para promover a conscientização sobre práticas saudáveis e prevenção de doenças. Pra atingir esse objetivo é necessário a inclusão da disseminação de informações sobre higiene, vacinação, e no caso da Covid-19, o uso de máscaras (RIO DE JANEIRO, 2023).

Sabe-se também que no contexto da população em situação de rua, não se pode esquecer que se tem atravessamentos importantes, como o fato da pessoa estar exposta as ruas e a questões de sobrevivência, como bem sinalizado nas falas, acabam por buscar alternativas populares para realizar o autocuidado, isso desvela a invisibilidade e a exposição dos mesmos à questões de vulnerabilidades sociais e programáticas importantes.

No que tange as questões de saúde, as participantes apontaram os problemas respiratórios sendo o acometimento por tuberculose e outras queixas respiratórias os principais destacados. Porém com relação a essa temática, a tuberculose se apresenta superior aos demais problemas respiratórios. Outra questão de saúde que surge é o HIV. Nas duas comorbidades se transporece o medo e a necessidade de cuidado.

Ela me botou dentro da casa dela. Botou eu dentro da cama dela. Eu tenho HIV. E tinha tuberculose. Peguei uma tuberculose. Peguei uma pneumonia e ela (chorou e se emocionou), desculpa (respirou fundo), ela não teve, ela não teve preconceito. [E1]

Ó, eu peguei tuberculose, parei e comecei o tratamento acho que umas quatro vezes e parei. Essa é minha quinta vez, mas dessa vez eu tô me tratando direito, tô tomando remédio todo dia. Já tô na segunda etapa já, falta só quatro meses pra acabar. Vai passar rapidinho. [E9]

Antes eu não levava a sério, não queria saber, mas aí eu fui vendo aonde eu paro, as pessoas, tipo assim, tava ali e de repente sumir, aí depois a gente ia saber, morreu de quê? De tuberculose. Aí eu fui vendo que o negócio não é brincadeira, ela também me dá vários esporros. Me dava vários esporros, vários, vários. Aí agora eu estou me cuidando direito. [E9]

Depois de 12 anos. Eu tive a trombose, aí a médica, entendeu? Pegou e falou, o HIV que causou, porque você não tomava o remédio. Causou esse problema na minha perna, a trombose. Quase que eu perdi. Se não fosse a Beth e a Larissa ia perder minha perna. Mas um pouco... Mas elas me levaram rápido, ainda roubaram uma garrafa de cachaça, e deram o cachaceiro pra poder me levar... aí, a perna doendo, inchada, fedendo. Eu, ai meu Deus, vou perder minha perna. Ninguém me atendia...joguei pra Jesus. Graças a Deus agora eu tomei vergonha na cara tá? Com essa doença, é isso tá? Não vai dizer que se você não cuidar, não tomar o remédio, se amar, você vai. Beijinho, tchau, tchau. [E8]

A presença da tuberculose, uma doença infecciosa grave, foi apontada como um importante preditor de morbidade na população em situação de rua estudada. O estudo indicou que 25 indivíduos tinham tido acometimento pregresso por tuberculose. Além disso, a tosse, que é um dos sintomas característicos da tuberculose, esteve presente como causa de 5,89% dos atendimentos prestados (GOMES et al, 2022).

É interessante observar que a prevalência de tuberculose entre as pessoas em situação de rua é significativamente maior em comparação com a população geral. O estudo apontou uma preponderância 20% maior nessa categoria em relação à população em geral. Além disso, a forma pulmonar da doença foi a mais comum entre os casos observados (GOMES et al, 2022).

O Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua (2012), lista que os problemas clínicos mais prevalentes na população que vive em situação de rua,

são os problemas nos pés, as infestações (escabiose e pediculose), a tuberculose, as IST, com o enfoque no HIV e Aids, entre outras comorbidades.

Visto a prevalência desses problemas clínicos, a prefeitura do Rio de Janeiro, com o viés de orientar melhor o cuidado, produziu as “Diretrizes Norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro”, a qual traz propostas de cuidado a população em situação de rua, no que se trata de comorbidades (RIO DE JANEIRO, 2017).

Percebe-se que o entendimento de que é preciso se cuidar, vem surgindo de acordo com o que se vivencia ou com o que se vê no entorno. A importância de uma boa orientação, a busca ativa na prestação da assistência, tem como retorno a maior compreensão sobre o próprio corpo e desperta o autocuidado.

É importante pontuar que o trabalho no CnaR se constrói através de estratégias tecnológicas leves que garantem a continuidade do processo de trabalho com escuta e o vínculo do usuário. O sucesso terapêutico, a adesão ao tratamento e as mudanças de hábitos que influenciam no autocuidado, surgem a partir das relações de confiança entre Usuário-Enfermeiro (CARDOSO, 2018).

No que concerne as questões de saúde mental, percebe-se que a depressão, a tristeza e a ansiedade, são as temáticas que mais se apresentam. Em detrimento da depressão apontada anteriormente, a automutilação e a tentativa de suicídio, são pontos que também vem de encontro a necessidade de cuidado.

Não, antes. Através de umas colegas, entendeu? Eu saía muito. Todo final de semana, todo dia na verdade eu saía. E aí foi aonde eu conheci a cocaína. No começo eu usava só por usar, de onda. Daí depois não, depois eu qualquer probleminha que eu tinha eu usava para desestressar. E aí qualquer coisinha... aí fui assim, foi indo, foi indo, foi indo, quando eu fui ver eu já não tinha mais nada, você entendeu? Fui perdendo tudo. Aí devido a cocaína que eu comecei a surtar, entrar em depressão, entendeu? Aí foi aonde eu acabei abandonando os meus filhos, você entendeu? Aí foi essas coisas aí. [E14]

É, eu tenho problema de automutilação. Eu tenho problema de automutilação. Né? Desde então do que aconteceu comigo quando eu tinha treze anos de idade, foi quando foi o meu primeiro corte, entendeu? [E3]

E depois disso, eu não consigo, porque eu faço tratamento psiquiátrico, posso tá bem agora, mas depois eu não vou tá. Principalmente sozinha, eu não consigo ficar sozinho, tem que ter alguém pra conversar, entendeu? Pra eu tirar umas conclusões, às vezes vem dúvida na minha cabeça, entendeu? Eu ainda tenho um pouquinho de eu, tenho um pouquinho do espírito de suicídio, que eu já me joguei do quinto andar. Eu ficava me mutilando, entendeu? Eu tomo remédio e dá uma melhorada, mas se eu dar um tempo de tomar remédio e ficar só pensando nas coisas que já aconteceu, aí isso acaba comigo. Me dá depressão, aí eu já não consigo me alimentar direito, aí já vem já o espírito de suicídio, entendeu? [E5]

Os traumas vividos mesmo que há alguns anos continuam a ressoar e se apresentam como um dos motivos para o uso de drogas e automutilação. A depressão é uma questão de

saúde mental que vem aumentando na nossa sociedade e a oferta de cuidados em saúde mental, seja através de terapia individual ou coletiva, se faz, cada vez mais necessária. A permanência nas ruas já é um espaço de maiores vulnerabilidades e que por si só, pode ofertar tristeza e ansiedade. É preciso um olhar humanizado e uma escuta ativa e qualificada para que se consiga oferecer um cuidado integral a quem vivencia essa dor todos os dias.

A população em situação de rua também é suscetível a doenças mentais e psiquiátricas, como esquizofrenia, depressão e transtornos de personalidade. Muitas dessas condições são exacerbadas pelo uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas e também a dores já vivenciadas anteriormente. Além disso, estar em situação de rua aumenta o risco de exposição à violência, traumas e queimaduras, o que contribui para a vulnerabilidade e marginalização desse grupo (GOMES et al, 2022).

No que tange a gravidez não planejada na rua, a mesma aparece em menor frequência, mas se torna um caso a ser observado e desvela a importância do planejamento reprodutivo, também para a mulher em situação de rua. Em uma das narrativas, a participante tentando buscar ajuda através da entrevista, traz sobre a situação de sua irmã e o quanto a gravidez não planejada para ela, se declara um risco grave de saúde e agravo.

Eu já tava morando na rua, eu tava morando... a primeira filha minha foi lá em Campos, né? Ela chegou até a falecer que ela nasceu com sopro no coração, aí ela chegou a falecer. Aí depois de muito tempo eu engravidei de outro que está com seus trinta e um anos, mora lá em Campos. [E2]

Aí fui, engravidei, quando eu estava com vinte anos eu engravidei da minha filha, aí resolvi não voltar mais pra rua, decidi ficar em casa. [E4]

É. Que o pai da minha filha não é esse garoto que eu morei. O pai da minha filha, a primeira vez que eu dormi na rua foi com o pai da minha filha. Lá no Norte Shopping, lá na Vasco da Gama, dormia lá. Aí foi, eu fiquei com ele uns cinco anos, se separamos. [E4]

E tem outra irmã também minha, tá com vinte e dois filhos, cada um na casa de uma família, lá no Manguinhos, se vocês forem lá, vocês vão achar ela. Porque ela não consegue sair do mundo das drogas, tá quarenta e dois anos, quarenta e três por aí, e arrumar um jeito de poder um médico ligar ela, porque ela não tem condições de cuidar dos filhos dela. Eu sei que se ela..., essa entrevista é pra mim, mas eu tô envolvendo a minha irmã também, porque é meu sangue, a única coisa que tenho no mundo, entendeu? [E21]

As mulheres que se encontram em situação de rua, tornam-se vulneráveis às condições de gênero, como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, IST e gravidez não planejada e/ou indesejada. Para a equipe de saúde que trabalha com a PSR, a gravidez da mulher em situação de rua torna-se um momento de preocupação e com necessidade de cuidados específicos (BRASIL,2016).

As equipes do consultório na rua têm o dever de ofertar às mulheres, orientações sobre o planejamento reprodutivo, explicar sobre os métodos contraceptivos e realizar controle da aplicação dos mesmos, a partir das escolhas dessas mulheres (RIO DE JANEIRO, 2023).

Mesmo assim, a necessidade de orientação ainda se faz necessária, assim como na população que não está em situação de rua. As orientações sobre o uso do preservativo para evitar IST, também é crucial para um cuidado de qualidade, principalmente por sabermos que algumas das participantes do estudo, tem a prostituição como profissão para sua sobrevivência nas ruas.

O uso do Profilaxia Pós Exposição (PEP) e do Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) são possibilidades de cuidados para a proteção contra o HIV, a qual podem ser usadas pelas mulheres, até mesmo de forma combinada, mas é importante saber que o mesmo não protege das demais IST (BRASIL, 2023).

As ações governamentais e não governamentais são fontes de cuidado e também aparecem através das narrativas das mulheres. A próxima subcategoria abordará sobre as mesmas.

3.3.2 Ações governamentais e não governamentais e o cuidado em saúde

No decorrer das narrativas que apresentam comorbidades, se vêem as fragilidades do cuidado, que podem estar relacionado com a lei da oferta e demanda. Nesse caso, o número de pessoas em situação de rua tem se aumentado desde 2018, mas as equipes responsáveis para ofertar suporte adequado e de qualidade ainda permanecem com o mesmo número. O que dificulta os mesmos de alcançar a todas as demandas de cuidado.

Com intuito de obter cuidado em saúde, as mulheres em situação de rua, buscam meios os quais podem ofertar suporte mínimo diante tantas situações e embaraços vividos, para se manterem vivas e sobreviverem com tudo o que cada uma delas vivencia.

Diante as expressões e falas trazidas sobre quais estratégias criadas para sobreviver, as mulheres citaram em menor proporção sobre os abrigos, auxílio do governo, as vacinações para covid-19, as internações ou os apoios recebidos no processo de saúde pelo CAPS.

Também citaram em menor proporção a ajuda de alguns lugares, o CEAM, o apoio dos policiais militares, como “Segurança Presente”. Todavia, as mulheres que citaram o cuidado ou apoio recebido, não diminuem em momento algum a força e importância que essas

ajudas tiveram no contexto de suas vidas. Um exemplo disso é do quanto foi relevante a ação dos seguranças presentes para evitar que as mulheres sofressem feminicídio. A mesma coisa acontece com o CEAM, que oferta para a mulher subsídios para sair de uma situação de violência, trabalhando suas questões de auto-estima, de retorno a casa e para a maternagem, a redução de danos e a segurança e justiça social. Logo, percebe-se que mesmo com menor proporção, o efeito dessas estratégias de apoio e cuidado diante a vida dessas mulheres, foi essencial para a sobrevivência delas.

Sabe porque o outro foi, ele me deu um soco, eu fiquei com o olho desse tamanho (demonstrou que o olho ficou muito inchado) e os seguranças presente lá na Glória, passa direto, aí já saiu perguntando, “o que ele fez? Foi ele que fez isso com você?” Não tinha nem como mentir, eu falei, foi, aí já botou a gente no carro. Porque aqui não tem uma, aqui não passa. [E19]

E outra coisa, uma questão que eu vou falar sobre o vício, é que quando eu comecei a me erguer como dependente químico, quando eu fui organizando a minha mente sobre a dependência química. Eu me lembro que tinha mais oportunidade de clínicas. A Prefeitura; e o Governo possuem os CAPS, mas além de ter os CAPS, tinha as clínicas pra apoiar os CAPS. Foi fechando uma por uma. Uma por uma foi fechando... [E11]

Não, ele me agride direto. Desde quando eu tô com ele, ele me agride, mas aí eu já fui encaminhada pro eu me esqueci o nome, é a CEAM Chiquinha Gonzaga, eu tô lá com elas, agora já vai ter lei, elas falaram pra mim não sair de lá, eu contei minha história toda pra elas, falei que vira e mexe, é direto, ele tava um mês sem fazer isso, falou: “eu não vou mais te agredir, não vou mais te agredir”, mas só que no sábado ele me perturbou tanto, de sexta pra sabado, aí os coleguinha dele foi, botou bebida. Aí eu comecei a beber. Aí ele acordou igual um bicho, aí ele veio pra cima de mim. [E19]

Os consultórios na rua se norteiam por formas de cuidado diferentes da tradicional. E com isso, buscam formas ou programas que venham a somar e implementar possibilidades de maior cuidado e assistência. Uma ferramenta utilizada pelos enfermeiros para gestão de integralidade, coordenação e continuidade do cuidado ao paciente é a ferramenta de gestão de cuidado chamada Matriciamento ou apoio matricial (AM). Este ocorre como novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes num processo de construção compartilhada, cria uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (SILVA; TAVARES, 2022; COHEN; CASTANHO, 2021).

Esta ferramenta muito utilizada pelo NASF e pelas estruturas de Saúde Mental (CAPS/CAPS AD) vai na contramão dos métodos tradicionais de encaminhamentos, referência, contra referência, protocolos e centros de regulação que se configuram como métodos mais rígidos e burocráticos, e possuem um grande risco à pessoa em situação de rua

com baixa autonomia dentro desta rede burocrática que pode se perder da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, assim, ficar desassistido (SILVA; TAVARES, 2022).

Ainda inseridas no contexto de quem oferece ajuda para continuar, as mulheres transsexuais, citam o apoio de outras mulheres transsexuais ou da população LGBTQIA+, como fonte de suporte e rede de apoio para se sustentar, sendo uma mulher negra trans em situação de rua. Visto que se obteve somente três mulheres trans na pesquisa, esse número não seria alto diante das recorrências, pois expressa a vivência somente das supracitadas, contudo, desvela o quanto é relevante ter uma rede de apoio, de quem te compreende, por uma experiência vivenciada.

Ah nós andávamos sempre juntas. Mesmo as casadas, nós andávamos sempre juntas nos protegendo uma outra, senão não tem como. Mulher trans, anda com mulher trans. Não tem como. É sobrevivência. Né? [E6]

Ah em tudo quanto é lugar, principalmente na Quinta da Boa Vista, que é ali em São Cristóvão. Ali foi onde, que os meus maiores traumas, são ali. Já perdi muitos amigos. Eu acho que só... deixa eu te contar mais ou menos. Nesses anos todos que eu trabalho lá, vou te botar uns vinte e um amigos, já foram assassinados. É praticamente uma chacina né? Se a gente botar, que fosse tudo em seguida, era uma chacina. Mas assim, de amigos mesmo, fora as pessoas que eu não conhecia, entendeu? [E11]

A construção de discussões e debates que envolvam a causa LGBTQIA+, se faz importante e necessária com vista a contribuir para diminuição da desigualdade, a intolerância e a violência. Suas especificidades e a abordagem das temáticas na saúde têm grande importância e forte potência (LEITE; SANTOS, 2018).

Outra questão trazida foi o benefício terapêutico proporcionado através da entrevista. O poder falar, o ter alguém para ouvir aquilo que sufoca alma, que angustia, que perturba todas as noites e que inclusive, muitas vezes é o motivo de ida para as ruas e para o uso de álcool e drogas, fez com que as mulheres se sentissem bem ao serem ouvidas. A escuta ativa, humanizada e qualificada, já vem sendo citada como uma forma de cuidado e assistência. E o fato das mesmas entenderem que estão sendo vistas por alguém com um olhar do cuidado e não de preconceito e segregação, o qual as leva para invisibilidade, propiciou alegria e prazer.

Mas foi bom. Desabafar, né! Que as vezes a gente chora assim quando a gente tá daquele jeito, né? Mas agora não, agora foi naturalmente. Toda natural, sem usar nada, sem fumar um cigarro, sem beber uma cachaça, sem nenhuma cerveja, sem nada... [E2]

É estranho, porque eu nunca fui entrevistado, mas está sendo gostoso, que eu nunca fui assim entrevistado assim dessa forma. Eu estou me sentindo “De frente com Gabi, cara.” Kkkkkkk Ahm... Eu tô me sentindo importante, porque eu sei que através de mim pode mudar outras coisas. É isso que é o segredo da vida também, é você feliz, eu acho que na vida todo mundo vai ter uma missão a cumprir. [E11]

Mas eu achei que seria só mais uma entrevista. Ah, mas eu fui a maior. Agora eu já tava me sentindo que eu tava sendo entrevistada, agora que eu me senti lá em cima. Caramba, você falar isso, você... Nossa, logo você falar isso pra mim. Uma enfermeira obstétrica, que chique, me dar essa honra, falar isso pra mim, é como eu tivesse ganhado o diploma também. Caramba, nossa eu me senti agora, não fala isso para mim (chorou)... Ah porque foi muito gostoso. Ó nem senti dor. Esqueci do braço. [E11]

Ela está sentada no chão com a gente, olha que delícia.[E18]

A Política Nacional de Humanização entende que o acolhimento não é espaço, uma porta de entrada, um local, mas sim, se caracteriza por postura prática, ética solidária e sensibilizada que deve ocorrer em todos os momentos nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde e na relação profissional/ usuário (BRASIL, 2012).

O acolhimento na atenção básica, implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir de uma escuta ativa e qualificada, fortalecendo vínculo e tentando minimizar as situações de vulnerabilidades no contexto social em que se vive (BRASIL, 2012).

O autocuidado e o controle da abstinência foram apontado por dentre 15 entrevistas e aparece com uma recorrência alta, de 34 UR. As participantes trazem em suas narrativas o quanto o seu entendimento sobre o uso da droga, seus efeitos e os seus sentimentos de querer parar ou diminuir o uso são determinantes para a tomada de decisão e a sustentabilidade dessas decisões.

Mas graças a Deus, ainda tô na rua, entendeu? Não dou graças por isso, eu dou graças a Deus sim porque eu estou sendo muito forte, eu estou sabendo controlar, entendeu? Controlar, tipo a abstinência, entendeu? Eu tomo o remédio certinho, tá? Para que eu não venha cair, entendeu? [E5]

Eu bebo todo dia na hora de ir embora, mas tem que ir... Aqui eles tratam muito bem pô. Todo dia. Todo dia eu venho pra cá, todo dia... fico longe um pouco da droga, diminuí, eu usava todo dia, agora não. É um dia sim, um dia não. Eu vou parar tia! Eu bebo muito, bebo demais. [E9]

Eu tenho um plano que eu vou conseguir, não é tirar a droga da minha vida, mais amenizar ela. E eu tô conseguindo isso. Eu sou pé no chão tia. Eu sou pé no chão. Eu tô fazendo por onde não usar. Eu acordei ontem, abstinadíssima para usar. Consegui segurar um pouco. Tia eu tenho conseguido, como não vou dizer. É falta de vergonha na cara. É evitar lugares, momentos e pessoas. [E20]

As entrevistadas relatam a importância de reconhecer o vício, de entender que os locais como as cenas de uso e as ruas como um todo, são espaços influenciadores e dificultadores no processo de autocuidado das mesmas e referem o desejo de diminuir esse consumo através do auto cuidado, do distanciamento das cenas de uso e do controle da abstinência.

Isto se referencia para as orientações ofertadas pelas equipes de saúde e o apoio que as mesmas buscam diante do percebimento e pertencimento necessário para um cuidado eficaz. Cabe as equipes de saúde, seguirem com a oferta de orientações, serem redes de apoio e disponibilizarem espaços de moradia ou ocupacionais para que, assim como no relato da E9, elas possam se distanciar dos locais que as facilitam e induzem para o uso.

As redes de apoio são sempre formas de reequer essas mulheres e de ajudá-las a avançar no que as mesmas tem como perspectiva de vida. A partir disto, as possibilidades de rede que obtiveram, são as mais citadas entre as entrevistas e com a maior recorrência. Elas espelham um pouco de tudo o que foi citado anteriormente e expressam o quanto é necessário o suporte de alguém para o alcance de suas metas.

Ah, força de vontade. Eu me entreguei a rua, entendeu? Mas agora eu tenho uma pessoa, minha tia, aí ela sempre pega no meu pé. Sai dessa... Pô, eu recebo dinheiro e o Diego (companheiro dela) recebe. Como é que nós vamos ficar nessa? Quinhentos contos de cada um e dá muito bem. Comprar uma televisão, ó tá nessa. Tudo é uma passagem. [E8]

Agora eu estou tentando correr atrás porque amanhã eu já vou receber meus atrasados né? Que a advogada está vendo pra mim e vou alugar um lugar pra mim lá em Sepetiba perto da minha cunhada que ela teve aqui no Natal aqui na Presidente Vargas, aí ela falou pra mim que lá tava tá alugando lá. Aí eu vou ficar lá pertinho dela que é minha ex- cunhada, né. Aí tem minha sobrinha também e assim vai. [E2]

É, ele me cria desde os dois anos de idade, é meu pai, entendeu?! Eu o chamo de pai, é meu padrasto, mas pra mim ele é meu pai. É, me ajuda pra caramba. É mais presente do que minha mãe. É. Apesar de minha mãe morar ali em cima. Mas ele aqui, ele está toda hora. Minha mãe já não vem aqui no quintal. Até porque não é só eu que usa droga, que mora na rua, que mora aqui. Então a maioria das pessoas que mora aqui no quintal, é tudo louco é tudo... não tem ninguém normal aqui. Aí minha mãe não vem pra cá, que ela não usa droga, esses negócios, mas meu pai já vem mais pra cá por causa de que ele tem as galinhas dele pra alimentar, os patos dele, tem os bichos dele aí, então ele tá aqui toda hora... Aí se eu preciso de alguma coisa, vai ajeita, uma luz, aí eu chamo ele, consertar alguma coisa, aí chamo ele. Ele é muito presente comigo, entendeu?! É um paizão, é um paizão, paizão! [E4]

É importante que as informações obtidas não olhadas em uma única direção, mas que se perceba e compreenda a complexidade das situações de vulnerabilidade social e se forneça estratégias de cuidado que considerem não apenas as causas, mas também as necessidades específicas das pessoas em situação de rua, bem como a necessidade de ações integradas que abordem fatores como emprego, moradia, apoio familiar e acesso a serviços de saúde (PEREIRA, 2023).

Por último, dentre as redes de apoio e cuidado, entretanto não menos importante, as mulheres citaram, refletiram e contaram da importância dos consultórios na rua, em suas trajetórias de vida.

Agora eu na clínica da família, a Raquel(Assistente Social do CNAR) me ajudou para fazer esse negócio desse auxílio, que eu não tinha nenhuma renda. Aí com esse

auxílio eu vou comprando minhas coisas. Comprei umas tábuas melhor pra poder botar aqui, porque tinha umas tábuas muito velhas. Eh eu faço compra, boto compra no meu armário, compro meu bujão. E assim, eu vou evoluindo. [E4]

Ó, só de milagre, vou te falar, na época que eu mais precisei na minha vida, foi quando surgiu aqui no Jacarezinho, esse Consultório de Rua. Foi uma fase da minha vida, que ou eu me matava ou eu era morto, só tinha essas duas opções. [E11]

Eles me ajudaram em tudo. Na minha saúde, eles ajudaram, na minha saúde, no meu psicológico em si, em tudo, se preocuparam até na minha alimentação, se preocuparam comigo em tudo. Isso foi me dando fortaleza pra eu saber que eu posso, que eu consigo andar com minhas próprias pernas. Que eu não sou mais um pobre coitado. Está entendendo? Porque eu me sentia pequeno, muito pequeno. E cada vez mais, eu tava me diminuindo mais, me diminuindo mais. Até o dia que eu ia parar, tão menor que eu tava me sentindo, entendeu? Foi a melhor coisa que aconteceu. Eu tenho certeza que na minha vida, e a de muitas pessoas. Eu conheci muitas pessoas. Muitas pessoas passaram pelo consultório na rua. Eles não vão passar sem olhar pra gente na rua e andar com aquele sorriso diferente. Não é aquele sorriso que tinha de tristeza, de sofrimento, de desprezo. Porque é isso que o consultório de rua faz, faz você ser amado e não desprezado. E isso faz diferença, faz diferença no mundo. Porque cada uma vida importa, cada uma, cada vida importa... [E11]

Amanhã mesmo, amanhã eu vou pra lá, agora eu já fico contando as horas pra chegar, o dia vai poder ir pra lá. Aí fora que é uma distração na minha mente. É uma ocupação. Você entendeu? Então, eu já não estou tendo tanto surto como eu tinha antes. Parece que tipo assim, diminuiu. Tem hora que eu ainda dou aquela surtada. Mas aí eu pego e faço o quê? Vou direto lá na clínica. Chego lá, se ela não tiver, a Audrey tá. Sempre tem alguém lá, fala pra Queli, quer conversar? E falo: Eu quero. Entendeu? Eles não estão entendendo nada, mas eles ficam ali me ouvindo. Cara, eles são fundamentais, não tem como, entendeu? [E14]

Os consultórios na rua são um adendo da atenção básica a qual busca acolher as minorias, que na verdade são maioria e também ofertar um cuidado de qualidade a quem sofre todos os tipos de vulnerabilidades e que ocupa um lugar na sociedade, em que se dá o nome de marginalizados e por isso, são consequentemente segregados.

O Consultório na rua visa ofertar o cuidado, não engessado e sem vinculação obrigatória a uma estrutura física de um consultório, buscando delinear novas formas de cuidado e através de ações equânimes. Visto que a proposta do consultório é acontecer de fato nas ruas, onde as pessoas estão e precisam ser cuidadas, entendendo que esses locais, são os seus locais de moradia. Com isso, se possibilita o acesso a cuidados em saúde e dignidade às pessoas em situação de rua. A sua proposta é o alcance maior das ações e integração de outros serviços a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017).

Devido a complexidades dos problemas trazidos pelo grupo, o trabalho multidisciplinar foi mantido. Com esta pactuação da PNAB a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população (SANTANA, 2014a).

É importante que as equipes desenvolvam seu trabalho, com competência profissional, ética, empatia, escuta ativa e qualificada e o olhar desvinculado de preconceitos, julgamentos e princípios pessoais, para o cuidado de quem está prestando a assistência a quem está nas ruas.

É preciso um olhar holístico, descentralizado, integral e exige domínio científico de alta, visto que vai se estar diante muitas comorbidades associadas, ao uso de substâncias psicoativas que podem interagir com outras medicações. Exige domínio clínico através do exame físico e de uma boa anamnese, pois nem sempre se está a disposição de tecnologias de imagem. Necessita de rearranjo por muitas vezes, porque em boa parte do tempo, esse cuidado se dá nas ruas, calçadas, embaixo das marquises e em lugares de alto risco.

Visto isso, enfatiza-se a relevância do cuidado em saúde prestado pelos consultórios na rua e a necessidade de maior investimento nos mesmos, através do aumento de equipes ou até mesmo do número de profissionais de cada uma delas já existentes, para que possam ofertar um melhor cuidado cada vez mais.

Também se observa a necessidade de maiores investimentos na infraestrutura, para que se possa acomodar melhor as medicações separadas por nome de pacientes, os armários, as doações de roupas e sapatos, os documentos e também um melhor atendimento.

As práticas desenvolvidas pelos profissionais no âmbito social e pessoal da PSR, se dão a partir de uma perspectiva diferenciada, na qual o cuidado tem como foco central, o indivíduo. O enfermeiro como integrante da equipe do consultório na Rua, não centraliza o seu cuidado ao modelo tradicional, busca entender a inserção do indivíduo no contexto biopsicossocial o qual ele está inserido. O cuidado surge como prática que foge do normativo dos manuais e diretrizes do Ministério da Saúde, a adaptação surge numa proposta mais humanista com ampliação de tecnologias leves como escuta ativa, processo terapêutico que considera o território de existência e reconstrução de proposta para melhor adesão do paciente (VARGAS; MACERATA, 2018).

É perceptível que a prática do enfermeiro dentro de um CnaR tem relevância social que é inclinada para a qualidade do cuidado e ao resgate da cidadania na perspectiva do acesso universal aos serviços e a atenção à saúde (CARDOSO et al 2018). Com isso, faz-se necessário maiores investimentos não somente no trabalho do enfermeiro, mas de toda a equipe interprofissional.

Sabe-se que para além das questões de apoio e cuidado das redes governamentais e não governamentais, os seres humanos no geral, buscam outros meios de se organizar e sustentar as dificuldades vivenciadas durante a vida. Um desses meios, a qual se apresentou

nesta pesquisa, foi a resiliência. A subcategoria a seguir discutirá sobre como a mesma representou uma oferta de autocuidado.

3.3.3 A resiliência de mulheres em situação de rua: Os sentimentos e a Espiritualidade

A palavra resiliência tem origem latina, derivada de resílio, resilire, os quais significam “recuar”. O prefixo “re”, se refere a retrocesso e o sufixo “salire” tem sua definição por saltar. Logo o entendimento seria de saltar de novo, tentar de novo (BRANDÃO, 2011). Ao refletir sobre a resiliência na vida das mulheres em situação de rua, trata-se então da capacidade de autocobranças, de se adaptar às mudanças ou se recuperar, diante tantas situações vivenciadas (LEOBONS et al, 2019).

Considerando o conceito de resiliência, destacamos que as participantes do estudo trouxeram em suas narrativas sentimentos e reações pautados e trabalhados por meio da religiosidade, da fé, e da espiritualidade. Falam do que em seu interior tem sido construído e direcionam através de suas narrativas, como os mesmos podem ajudá-las a sair de sua realidade atual.

As participantes enfatizaram basicamente quatro sentimentos (172 UR) vivenciados por elas ao estarem vivendo na rua. Essa pequena grande lista é preenchida pelo sentimento de pertencimento a família/ filhos; o uso da fé e da crença religiosa; o sentimento de fortaleza (autoestima) e por fim o amadurecimento/ vontade de mudança.

No que tange ao sentimento de pertencimento a família/ filhos, as participantes retratam o quanto planejam sair do contexto o qual estão inseridas e retornar para suas famílias, seus filhos e recuperar sua história de vida e através dessa perspectiva, as mesmas buscam caminhos para atingir suas metas e sair de onde hoje estão.

Aí a minha filha não tem vergonha de mim, de nada. Onde ela me ver, ela vem falar comigo. Ela vem, me abraça, ela vem me chamar pra nós ir no cinema, ela vem me chamar pra nós ir pra praia, ela vem aqui, quase sempre me chama pra ir ali, aqui... tipo me tirando do foco, entendeu? É que eu não nego não. Vamos ali, posso estar do jeito que eu for, vamos!

Aos poucos ela, tipo, me tira pouquinho, nem que por algumas horas, ela me tira um pouquinho desse pensamento de cracolândia, a rua, eh farra, curtição, essas coisas, entendeu? Vou tentar fazer meu barraco de tijolo, entendeu? Pra poder minha filha poder vir morar comigo, mas não vou trazer ela pra morar comigo assim. Ela quer vim morar comigo. Eu não vou trazer pra morar comigo assim... Não tem lógica, não há cabimento. Oh. É assim que eu vou melhorar! [E4]

Então, hoje irmã, eu o meu plano, já deu certo, que eu tenho muita fé em Deus. É, eu tô com dinheiro pra pegar, né? Tô com dinheiro pra pegar, é valia de até uns quinze mil. De comprar, vê se eu consigo comprar uma quitinete, nem se for uma quitinete, um quartinho com banheiro, pra mim poder morar e reconquistar meus filhos, né? Pra eles vim ficar comigo, entendeu? [E5]

É isso cara, o único problema dele foi esse, entendeu? Infelizmente... mas também, sabe que esse estalo que eu tô falando, ele é vinte anos mais velho do que eu, eu tô com quarenta e oito ele tá com o que? Um setenta. Eh e aí eu fico pensando, meu Deus, se eu não sair dessa droga, dessa vida, o que que vai ser das minhas filhas quando esse homem fechar os olhos? Né não?! [E10]

O desejo de reconstruir o vínculo com a família e principalmente os filhos, as fazem tomar decisões importantes e mostram o quanto esse sentimento de pertencimento é forte.

O vínculo terapêutico entre a enfermeira e a equipe de saúde com a mulher em situação de rua e aproximação com os familiares, proporciona na criação de estratégias para identificar as necessidades daquela família, os entraves que os envolvem e assim planejar e organizar ações que possibilitem a reintegração e restauração do suporte social da família, com a mulher, buscando diminuir as dificuldades durante o processo de cuidado em saúde (ANJOS et al, 2018).

A reintegração e o retorno do vínculo familiar, incentiva o afeto, a alegria e traz respostas positivas no cuidado em saúde. É preciso que profissionais de saúde, consigam identificar fatores que atrapalhem essa vinculação e busque reestabelecer o equilíbrio dos vínculos intrafamiliares, promovendo o bem-estar do usuário e de sua família (MARZOLA et al., 2020).

O sentimento de fortaleza, no qual elas buscam maior autoestima e a fé dessas mulheres, são dois sentimentos que se entrelaçam e se apresentam como uma grande estratégia não somente para sobreviver enquanto se está em situação de rua, mas também para sair da mesma.

Imagina você, você pobre, favelado, homossexual, negro, imagina como que é, o mundo todo em cima de tu. Todo mundo dizendo, você não consegue, você não pode, mas muita gente também abraçando, você pode, você chega lá, você é capaz, isso que dá força, porque é assim, eh é dez te botando pra baixo, e cinco te botando pra cima, mas só esses cinco que te bota pra cima, é como fosse trinta te botando pra cima em questão dos dez de bota pra baixo. [E11]

Se a gente não ter força, nem vontade, se a gente não erguer a cabeça e só vir à tona, eu quero alugar lá pra os cafundeus dos judas, é pra não poder ficar aqui. [E2]

Ao mesmo tempo que se busca a fortaleza, se busca a fé. As mulheres negras em situação de rua associam a fortaleza as suas crenças, ao transcendente. Para elas, os

benefícios, o acesso aos direitos, a saúde virá através de sua fé, sua crença, mostrando assim o quanto que para os processos de cuidados, a fé se faz importante.

Em uma revisão integrativa com 337 artigos com o tema da espiritualidade na enfermagem, verificou-se que a espiritualidade está associada à busca de sentido na vida e no enfrentamento da dor, corroborando a importância do desenvolvimento da espiritualidade no cuidado (ESPÍRITO SANTO et al., 2013).

Com clareza e nitidez as participantes trazem em suas narrativas sua fé e sua crença. Em boa parte delas, se remetem a fé em Deus, como um protetor, que as podem ajudar na caminhada. Em sua maioria, não referem uma religião, mas descrevem sobre sua religiosidade e o quanto que isto às mantém vivas.

Maravilhoso. Não tenho nada do que reclamar do CPA 4 não. Não tenho mesmo. Foram as portas que a espiritualidade abriu pra mim, eu só agradeço. [E6]

Mas uma hora tudo cansa. Eu tô orando pra Deus. Não sei se você sabe onde tem o chafariz ali? Ali é meu monte. Já que eu não posso ir no monte lá? Aquele morrinho é o meu monte, eu vou lá dobro o joelho sozinha, oito horas e falo com Deus, Senhor, aqui é o meu monte. Tipo o filme “Quarto de Guerra”, tu já viu? [E18]

Isso aqui é uma guerra espiritual. Você tem que crer pra ver. Deus tem algo muito bonito pra mim. [E20]

Segundo Silva; e Marques (2018) é fundamental o entendimento e o diálogo que incluam noções de religiosidade/espiritualidade a fim de estabelecer uma terapêutica para o paciente, por meio dos princípios que valorizem os saberes médicos e as crenças do paciente, corroborando com o princípio da integralidade direcionado para o cuidado humanizado.

No que concerne ao amadurecimento e a vontade de mudança, esse foi o sentimento com o maior número de recorrências dentro desta subcategoria, 59 UR. Juntamente ao sentimento de pertencimento a família, fundamentados pelo amor que elas citam, pautados pela fé e a fortaleza, surge o amadurecimento e a vontade de mudança, como alíbe principal para que elas consigam enxergar e aceitar propostas de cuidado e construção de estratégias para a saída das ruas.

Antigamente era bagunça, hoje em dia não, hoje em dia eu quero ser uma menina mais coisa, era funk eu saía pra beber, então não esquentava muito a cabeça, hoje em dia têm meus neto que eu tenho que criar, ajudar a criar, que minha filha também não tem noção das coisas. Então pra mim é muito complicado, então graças a Deus eu tô fazendo a diferença da minha da minha mãe. [E1]

Ó, dos dezoito anos até agora nesses trinta e dois, até os trinta e dois anos, eu estava vivendo como se eu tivesse dezoito anos de idade ainda, eu pensava que eu tinha dezoito anos de idade. Agora eu fiz trinta e dois anos, parece que bateu um filme assim na minha mente, tipo assim, veio passando tipo uma retrô de tudo que

aconteceu na minha vida. Falei não gente, eu vou procurar melhorar. Agora eu fiz trinta e três. Procurar melhorar... Melhorei bastante! [E4]

Mas sabe quando vai assim caindo a ficha, lentamente, lentamente? Minha ficha tá caindo graças a Deus. Sabe quando você chega uma hora que te dá aquele estalo na cabeça? É, mas é. Quando te dá aquele estalo, você fica pensando assim, porque que não deu esse estalo antes? Mas tudo tem. Tudo tem sua hora, né?! O sol nasce pra todos. Sair da escuridão que é o principal. [E10]

De repente, Deus ele vai mudar a minha vida, eu creio, entendeu irmão? Por isso eu continuo persistente, hoje eu num tô com a minha família, mas eles são meu grande espelho, que são meus filhos entendeu? E se eu procuro mudança hoje, entendeu? É para eu dar uma vida mais adequada para eles, que a maior quatorze anos e o menor tá com quatro, entendi, eu sou mãe de cinco filhos, são tudo menorzinhos, entendeu? [E5]

É de grande valia que os profissionais consigam perceber como podem ofertar subsídios para o alcance dos objetivos das pessoas as quais se oferta cuidado e buscar entender se as práticas de cunho religioso executadas estão favorecendo a terapêutica estabelecida para o paciente ou não, prejudicando sua reconstrução e se é necessário intervir de alguma forma para que se um bem maior (SILVA, MARQUES, 2018).

O amadurecimento e a vontade de mudança em mulheres em situação de rua, estão diretamente ligados a questões individuais de seus contextos. É de extrema relevância lembrar que cada pessoa é única e que seu processo de amadurecimento e desejo de mudança varia com a realidade que cada uma se vê inserida. O apoio, a oferta de orientações e subsídios para o alcance de suas metas e a empatia são importantes caminhos a serem trabalhados pelo profissional de saúde, inclusive o da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou descrever as principais percepções de mulheres negras sobre suas vivências em situação de rua,

No que concerne as principais motivações para as mulheres negras estarem em situação de rua, percebeu-se que as situações familiares, foram predominantes e responsáveis para a vivência em situação de rua.

Os conflitos familiares, ocuparam o primeiro lugar dos motivos, dentre eles, foram citados como tipo de conflitos, os desentendimentos, brigas com as mães, principalmente. Percebe-se que as dificuldades nas relações interpessoais mãe-filha provocaram rupturas, dores, mágoas e revoltas que até hoje não cessaram, fazendo com que a rua seja uma solução, para essa situação desgastante. Em outros momentos, os motivos de conflitos, não eram somente brigas, mas também a violência intrafamiliar. No contexto das violências intrafamiliares, os maus tratos, agressões, exploração infantil, fizeram parte desse grupo. Em outros casos, a ida as ruas, estiveram vinculadas a situações de tentativas e/ou de abuso sexual e estupro, nas quais as mulheres foram motivadas, pela necessidade de proteção em relação à um membro da família, a qual elas estavam inseridas.

O uso de drogas no ambiente familiar também foi motivo de conflito, estivesse este relacionado ao atrito causado pelo uso em casa, fosse devido a delitos e conseqüentemente uma preservação da família através da saída das mesmas.

A rejeição, o abandono e o luto, também estiveram entre os motivos. Em alguns casos a morte de um familiar se entrelaçou com a ausência financeira, provocando a ida e a permanência dessas mulheres às ruas. Em outras situações, a perda de um ente, causa tanto dor, ao ponto de desnortear pensamentos e reflexões, causando desequilíbrio de uma vida toda. Há casos ainda, os quais o luto, somente aconteceu na alma. Contudo é tão presente, ao ponto de distanciar, as mesmas de suas famílias.

Com isso, a quebra e perda de vínculo, ganharam espaço e foram validadas como motivos, que não somente as faz ir para as ruas, mas também não as deixa voltar para seus contextos familiares. É importante ofertar cuidados na vertente da reconstrução de vínculos, com a tentativa caso seja possível, de um retorno para suas casas.

Antes de encerrar a lista dos motivos de ida às ruas, os relacionamentos amorosos conflituosos, ocasionaram nas mulheres a perda de direitos sociais como, documentos, vagas em abrigos, apartamentos e perda de suas casas.

No que tange as percepções das participantes sobre suas vivências nas ruas. As questões de vulnerabilidades se acentuam e tomam formas e nomes. As questões de gênero, as quais permitem as mulheres serem mais violentadas que os homens, também surgem. E se descrevem através dos assédios, dos medos de abuso sexual e dos estranhamentos de lugares pelos riscos que os mesmos trazem.

No que diz respeito a saúde da mulher em situação de rua. O uso exacerbado de drogas e álcool, suas profissões e suas comorbidades, agrupadas ou não, direcionam as mulheres para lugares de fragilidades, riscos de IST, gravidez indesejada, abrindo gatilhos para sua saúde mental.

É importante que sejam garantidos para a mulher o acesso à informação sobre planejamento reprodutivo, sob a orientação do uso de contraceptivos para quem está na rua, buscando sinalizar sobre os riscos com relação ao uso de contraceptivos orais ou injetáveis associado ao uso de tabaco, a vigilância para não perder os contraceptivos orais e o que diante a realidade dessa mulher pode ser a melhor proposta de cuidado. Ofertar estratégias de redução de danos, de cuidados e tratamentos, para suas comorbidades já instaladas, a somar com um trabalho de prevenção, para as demais comorbidades que possam vir. Falar da importância de não somente entregar o preservativo, mas explicar para que serve, o que protege e como se usa. São pontos perceptíveis para um cuidado de qualidade, relacionado às IST.

Ofertar cuidados de assistência social e psicológica, são possibilidades, diante de um contexto social que ainda está muito aquém. É necessário a efetivação de políticas públicas já construídas, através de maiores investimentos, subsídios e até mesmo, fiscalizações, para que ações governamentais, venham de encontro com as necessidades de quem precisa de cuidado.

Necessita-se de rodas de conversas para trabalhar questões de violência, que envolvam o gênero, a dependência emocional e financeiras, para que sejam ofertadas, a essas mulheres, a saída desses ciclos de violência, a quais elas se veem fadadas. Mostrar que não é necessário estar em relacionamentos com esses vieses, trabalhar a autoestima, o valor da própria companhia, realizar uma escuta ativa e qualificada, um grupo de apoio, incentivar a descoberta de profissões e trabalhos que possam trazer renda a essas mulheres. São estratégias que podem fazer parte do cuidado das enfermeiras a esse grupo específico. Visto que essas propostas se direcionam a prevenção, promoção e reorganização em saúde.

A saúde da mulher negra em situação de rua, também precisa ser olhada no que tange a sua raça/ etnia. Entendendo e buscando ofertar cuidado, a partir do que já se sabe sobre os riscos de comorbidades relacionados ao quesito raça/cor.

A enfermeira pode usar a consulta de enfermagem, para abordar boa parte do que foi falado acima. Entendendo que esse método, não precisa estar engessado a um espaço físico de consultório. E que a anamnese, a criação de vínculo e um exame físico, podem direcionar grandes estratégias de cuidado. A partir de um olhar integral e um único a cada ser humano.

O autocuidado, pode ser incentivado e implementado, mesmo que não se aplique a todas as situações, até em uma mesma mulher, mas ele cobra a informação, orientação e também o entendimento.

A partir da criação de vínculo, consegue-se acessar e compreender quem é a rede de apoio dessa mulher, o entendimento que ela tem sobre sua saúde e quais são suas metas, vontades e perspectivas sobre sua vida e se elas existem.

Entender suas crenças religiosas e seu entendimento de fé, lembrando que sua figura profissional preza por um estado laico, que respeita e não induz ninguém a princípios seus. Olhar para essas questões é importante, visto a comprovação científica já existente sobre as respostas positivas no cuidado a partir da fé. Lembrando sempre de orientar que a fé e a religião, não devem substituir as estratégias de cuidado, mas sim somar a estas, como uma ferramenta que vem a fortalecer os processos de vida.

Com o entendimento do supracitado, sabe-se que as entraves, estão acerca dos poucos artigos científicos na enfermagem, que possam direcionar em como se deve ofertar esse cuidado. E isto desvela a necessidade do aumento de estudos da profissão, acerca, das mulheres em situação de rua, com enfoque também nas mulheres negras.

Declara a relevância dessa discussão nas formações acadêmicas e na necessidade de pesquisas científicas e de extensão a este grupo, chamado de "minorias", para estimular necessidades da escrita sobre, inclusive os cuidados já executados, os quais só se acham em uma descrição geral.

Entende-se que isso pode estar associado ao fato, do cuidado à pessoa em situação de rua, se dar de forma interprofissional, logo com uma vertente de construção colaborativa, a partir de planejamento de ações e projetos terapêuticos integrados e interdependentes (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Porém, ao buscar informações, separadas por classes, até mesmo na autoria dos artigos, se acham profissionais que escrevem, direcionando o cuidado a sua classe. Deixa-se para enfermagem, profissão majoritariamente formada por mulheres, a relevância de estudar, pesquisar e escrever, sobre os cuidados de enfermagem para com as mulheres negras em situação de rua.

REFERÊNCIAS

- ALAM, MD. K. A systematic qualitative case study: questions, data collection, NVivo analysis and saturation. **Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal**, v. 16, n. 1, p. 1–31, 20 ago. 2020.
- ALCÂNTARA, D. C., et al. Interseccionalidade e transexualidade no processo discriminatório: uma revisão integrativa [Intersectionality and transsexuality in the process of discrimination: an integrative review]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, no 1, p. 66665, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/66665/44943>. Acesso em: 12 set. 2023.
- ANJOS, K. F. dos., et al. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos. **Revista Ciência e Enfermagem**, v. 24, 17, 2018. Disponível em: as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saude Publica**. Rio de Janeiro v. 34, n. 3, 2018.
- Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 55, p. 1–7, 2021.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, p. 449-469, 2014.
- BARBOSA, J. (Des)tecendo a produção de cuidado à mulher em situação de violência. Rio de Janeiro: **Bonecker**, 2020.
- BARBOSA, J. P. M., et al. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. **Saúde Soc**. São Paulo, 2021.
- BASTOS, F.I; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** [Internet]. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019> Acesso em: 01 fev. 2022
- BENEDITO, Dayse. Conferência. I Seminário O Sistema de Direito em Debate. Brasília: Universidade de Brasília. 2017.
- BERTAUX, D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Natal: EDUFRN, 2010. p. 89-118.
- BERTOLOZZI, M. R. et al.. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1326–1330, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DNNmfp9NWtbLcs5WsDwnCrM/> Acesso em: 16 out. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1950-6

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde, 2012a. Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Datasus, 2018. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/>. Acesso em: jan. 2021.

BRASIL. Jusbrasil. Auxílio doença valor em 2023: Atenção para mudanças [internet]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/auxilio-doenca-valor-em-2023-atencao-para-mudancas/1843587216> Acesso em: 10 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA No 1.029, DE 20 DE MAIO DE 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, 20 maio. p. 1. 2014. Disponível em: <http://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724->

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano. 1. ed. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. 9a ed. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. O uso de substâncias psicoativas: módulo 2. 9a ed. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 Jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf> Acesso em: 09.09.2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, 2014. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. Informe Bolsa Família. Informe nº 008. [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Assistência Social, Família e Combate à Fome; maio, 2023. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Bolsa_Familia/Informes/2023/Informe_Bolsa_Familia_N_8.pdf> Acesso em: 10 set. 2023

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf> Acesso em: 15 ago. 2021

BREILH, J. Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política. In: Nogueira RP, organizador. Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 87-125.

CAMPOS, A.G; SOUZA, E.S; ALECRIM, T.F.A; AMIRATI, K.M; FRANCO, W.C. **Cuidados de enfermagem à população em situação de rua**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 12-26 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c02>

CANAVAL, E. G. E. et al. Teoria das transições e saúde da mulher na gravidez e no pós-parto. **Aquichan**, Bogotá, v. 7, n. 1, p. 8-24, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 29 jan. 2022.

CARDOSO, A.C. et al. Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo 2018, v. 26, p. e3045, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2323.3045>

CARMO, C. M. Grupos minoritários, grupos vulneráveis e o problema da (in) tolerância: uma relação linguístico-discursiva e ideológica entre o desrespeito e a manifestação do ódio no contexto brasileiro. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, p. 201-203, 2016.

CARMO, M.E; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018.

CASTEL, R. Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 2nd ed. São Paulo: **Vozes**; 2003.

CNN. População em situação de rua no Brasil cresce 16% de dezembro a maio, diz pesquisa. [ONLINE]. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil-cresce-16-de-dezembro-a-maio-diz-pesquisa/>>. Acesso em: 09.09.2023

COLLINS, Patricia Hill. “Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro”. In: JABARDO, Mercedes (Ed.). **Feminismos negros: una antología**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2012. p. 99-134.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Norma Operacional CNS N° 001/2013. **Ministério da Saude**, p. 1–17, 2013.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CRENSHAW, K. Porque é que a interseccionalidade não pode esperar - Kimberlé Crenshaw. Ação pela Identidade. Tradução: Santiago D’ Almeida Ferreira, 2015. Disponível em: <https://apidentidade.wordpress.com/2015/09/27/porque-e-que-a-interseccionalidade-nao-pode-esperar-kimberle-crenshaw>. Acesso em: 20 ago. 2023.

CURADO, J.C; SPINK, M.J. **Multiplicidade de pobrezas nas políticas públicas contemporâneas: contribuições do construcionismo social e da teoria ator-rede**. Diálogo [Internet]. N. 27, p.134-42, 2014. Disponível em: <<http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/1815/1211>> Acesso em: 29 jan. 2022.

DATA. RIO. **CENSO DE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA 2020/ Dados Rio**. Disponível em: <<https://www.data.rio/apps/PCRJ::censo-de-população-em-situação-de-rua-2020-1/explore>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

DAVIS, A. A liberdade é uma luta constante. 1 ed. São Paulo. **Boitempo**, 2018.

DOMAJNKO, B. et al. Interprofessional education in Europe: policy and practice. Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people. **Antwerpen/Apeldoorn: Garant**; 2015.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B.. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839–1848, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016> Acesso em: 16 out. 2023.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade E Interprofissionalidade na Estratégia Saúde Da Família. Trabalho, **Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2017. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00098.

FIOCRUZ. Pandemia muda perfil de população em situação de rua e alerta para necessidade de políticas públicas. [ONLINE].2021. Disponível em:<<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51989>>.Acesso em 09.09.2023

GIGER, J.N; DAVIDHIZAR, R.E. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. **J Transcult Nurs**, v. 13, n.3, p. 85-8, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOES, E. R.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD – 2008. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). Saúde da população negra. 2. ed. Brasília, DF: **ABPN**, 2012. p. 274-287. (Coleção negras e negros: pesquisas e debates).

GOMES RS, PASSONI LCL, SIRIGATTI R, ROZIN L, SANCHES LC, CAVASSIN FB. Saúde dos indivíduos em situação de rua: entre queixas, sintomas e determinantes das doenças crônicas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2022;17(44):3233.

GOMES, Rafael Senff et al. Saúde dos indivíduos em situação de rua: entre queixas, sintomas e determinantes das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 3233-3233, 2022. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3233](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3233) Acesso em: 10 set. 2023.

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. **Lugar de Negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

GUILLÉN AI, MARÍN C, PANADERO S, VÁZQUEZ JJ. Substance use, stressful life events and mental health: a longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain). **Addict Behav** 2020;103:106246. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>

IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019.

IBGE. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2010-2060, Revisão 2018.

IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro. IBGE, 2021. 12 p. ISBN 978-65-87201-51-1 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf

INFOPEN. Levantamento de Informações Penitenciárias. 2018. Disponível em: <<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres>> Acesso em 15 de nov. 2021.

IPEA. Atlas da violência. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/42> > Acesso em: ago. 2021. ISBN 978-85-89737-67-8.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R.V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos: sobre populações brasileiras, revisão sistemática na PubMed. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000300004

KNUDSEN, S. **Intersectionality: a theoretical inspiration in the analysis of minority cultures and identities in textbooks**. In: BRUILLARD, E. et al. (Ed.). Caught in the web or lost in the textbook? Caen: Iartem, 2006. p. 61-76.

KYRILLOS, G. M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023

KYRILLOS, G. M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n.1, e56509, 2020.

KOOPMANS, F. F. et al.. Living on the streets: An integrative review about the care for homeless people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 211–220, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653>

LEITE, V. M.; SANTOS, M.C. F. Abordagens de gênero, sexualidade e saúde na educação em ciências: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de Ensino de Biologia da SBEnBio**, p. 105-121, 2018. Disponível em: <https://renbio.org.br/index.php/sbenbio/article/view/131>. Acesso em: 02 ago. 2023.

MADEIRA, Z; GOMES, D.D.O. Persistent racial inequalities and black resistance in contemporary Brazil. **Serv Soc Soc**, n. 133, p. 463-79, 2018. DOI: 10.1590/0101-6628.154

MALAGÓN-OVIEDO, R.A; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARZOLA, T. S., et al. A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. **Revista Família, ciclos de vida e saúde no contexto social**, v.8, no1, 2020. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4440>. Acesso em: 13 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesqui. Qualitat**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ªed. São Paulo: Hucitec. 2014.

Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008.

MONTEIRO, N.J, SÁ, A.M.M; VALOIS, R.C; SANTOS, M.N.A; VALE, C.C. Problemas de saúde mais comuns em mulheres negras. **Rev enferm UFPE** [online]. 2019. DOI: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242472>>

MONTEIRO, R. B. Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.524-534, 2016.

MORAIS, T. N. de; ROCHA, N. M. F. D. As concepções de cuidado em saúde de mulheres de uma comunidade quilombola da região metropolitana de Fortaleza (CE): uma investigação a partir dos afetos. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 31, n. Saúde Soc., v. 3, n. 3, p. e200761pt, 2022.

MORSE, JANICE. Reframing Rigor in Qualitative Inquiry. Em: **The Sage handbook of qualitative research**. 5. ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 2018. p. 1373–1409.

NATALINO, Marco. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Políticas Sociais. **IPEA**, Nota Técnica n. 73(Disoc), 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20d

OLIVEIRA, M. A. DE . et al.. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03744, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Genebra, 5 maio 2005. Rascunho. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/comissao.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2005.

OPAS.Violência contra as mulheres. [ONLINE].2023. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>.Acesso em: 09.09.2023

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016.

PAIVA, V. L. M. O. A pesquisa qualitativa: uma introdução. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, 2008.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F.. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. Site. Disponível em:

<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. São Paulo: Loyola, 2013.

SILVA, T. D.; MARQUES, L. F. Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 134-147, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/74125> . Acesso em: 22 dez. 2022. DOI: 10.54909/sp.v2i2.74125.

RIBEIRO, M. G. M; SANTOS, R. S. O método "história de vida" e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** [Internet]. Vol. 4, n.1, p.47-54, 2000. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127718313007> Acesso em: 24 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de saúde (SMS). Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde. Diminuir para somar, Rio de Janeiro, 2012.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Equipes de Consultório na Rua, 2017. Site. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POPULACAO_RUA/diretrizes_cnar_201

ROCHA, P.R; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.1, p.129-135, 2015.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798–1799, 1 ago. 2014a.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fgg38tGXsf9F4qsDjH7KFbJ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 fev. 2022.

SILVA, Emilene Martins et al. Heranças da escravidão: da naturalização do racismo institucional ao genocídio da população negra. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, n. 21, p. 91-124, 2018. Disponível em: <https://revistadpers.emnuvens.com.br/defensoria/article/view/134>. Acesso em 09.09.2023

SILVA, F. P. DA; FRAZÃO, I. DA S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805–814, abr. 2014.

SILVA, L. F. DA; BEZERRA TAVARES, A. L. **Matriciamento em Saúde Mental**.

SILVÉRIO, A. C.; DIAS, N. G. **Abordagem da saúde da população negra nos cursos da área de saúde**. Temas em Educação e Saúde , Araraquara, v. 15, n. 1, p. 24–37, 2019. DOI: 10.26673/tes.v15i1.12525. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/12525>. Acesso em: 9 set. 2023.

SIMÕES, A.V. **Vulnerabilidade de jovens universitários às violências nas relações afetivas íntimas sob o olhar da enfermagem**. 2019. 122 f. Tese (Doutorado Interinstitucional) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SIQUEIRA LMS, coordenadora. Dossiê: mulheres negras e justiça reprodutiva [Internet]. Rio de Janeiro: **Criola**; 2021 [citado em 10 out 2022]. 103 p. Disponível em: https://assets-dossies-ippv2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2021/10/DossieCriolaJusticaReprodutiva_compressed-1.pdf

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.06892016.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington - United States.v. 42, p. e170, 23 out. 2018.

VIANA, SBP; HOSTINS, RCL. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. **Educação em Revista** , v. e26460, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-469826460>

VIDAL, P. **Meu teto é de estrelas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Conexão 7, 2022.

VILLA, E.A; PEREIRA, M.O; REINALDO, A.M.S, et al. Perfil Sociodemográfico de Mulheres em Situação de Rua e a Vulnerabilidade para o uso de Substâncias Psicoativas. **Rev enferm UFPE** [online]. V.11, n. 5, p. 2122-31, Recife, 2017. DOI: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201717

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: 10.1590/S0104-129020162610

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**A Vivência de Mulheres Negras na transição para a situação de rua antes e/ou durante a pandemia COVID 19, na perspectiva de Afaf Meleis**”, conduzida pelas pesquisadoras responsáveis: Dr^a Rosângela da Silva Santos (orientadora); Helaine Maria da Silva Oliveira (Mestranda de Enfermagem- PPGENF).

Você foi selecionada por ser mulher, maior de idade, que se autodeclara negra, e que viveu em situação de rua, antes e /ou durante a pandemia COVID – 19.

Este estudo tem por **objetivo geral**: Analisar as transições das mulheres negras em situação de rua durante a pandemia para COVID 19. E por **objetivos específicos**: Identificar as transições (mudanças no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades) vivenciadas pelas mulheres negras em situação de rua durante a pandemia COVID - 19, a partir de suas narrativas de vidas e Descrever as transições vivenciadas por mulheres negras em situação de rua, durante a pandemia COVID - 19.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista aberta, através de uma questão norteadora da entrevista, na qual se pedirá para você falar sobre as narrativas de sua vida. Não existe um tempo mínimo de duração para a entrevista. A entrevista será gravada em aparelho digital para posterior transcrição. A mesma durará o tempo em quem a participante necessitar para falar de sua narrativa. As entrevistas serão realizadas pelas pesquisadoras responsáveis e o conteúdo das mesmas será as narrativas extraídas das falas das participantes.

Em respeito aos aspectos éticos e legais, os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, para somente posterior a esse prazo ser descartado.

O local das entrevistas será a rua e/ou os espaços onde a equipe do consultório na rua atende e atua.

Tem-se à existência de **riscos** para as mulheres que serão entrevistadas. Os riscos estão relacionados a tristezas, choro, angústias e ansiedades que podem vir à acontecer durante à entrevista, devido às lembranças e sofrimentos vividos em fatos da sua história de vida. A pesquisadora estará atenta, tem experiência em atuar na atenção básica, sensibilidade e empatia, em especial a clientela que vai atender, e caso aconteça, ofertará, uma escuta ativa e acolhedora.

Caso o suporte ofertado pela pesquisadora não seja suficiente para atender as demandas das participantes, a pesquisadora solicitará apoio da equipe do Consultório na Rua (CnR), realizando um encaminhamento para a psicóloga do CnR, para melhor atendimento e acompanhamento.

Os **benefícios** relacionados à sua participação na pesquisa será aumentar o conhecimento científico para área da saúde através das informações obtidas em suas narrativas (histórias de vida) e assim, se ter, subsídios para uma prática de melhor assistência às mulheres negras em situação de rua, ofertando também uma escuta ativa para essas mulheres, proporcionando um **benefício** terapêutico.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário dar exemplo de alguma situação, sua privacidade e confidencialidade estará segura e seu nome será substituído por nomes fictícios.

As gravações das entrevistas serão somente das narrativas de vida das participantes, com o intuito de posterior transcrição e análise dos dados obtidos, a fim de dar prosseguimento a pesquisa. Não serão realizadas quaisquer tipo de filmagens das participantes ou do cenário em que vivem.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma a manter seu sigilo e confidencialidade, sem qualquer identificação das participantes.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo em sua relação com o pesquisador e/ou a instituição.

Todas as despesas com a pesquisa serão de inteira responsabilidade da pesquisadora, sendo assim, as participantes não arcarão com nenhum custo referentes aos procedimentos do estudo. Visto que as mesmas serão abordadas no seu próprio habitat, também não haverá gastos com transporte. Caso aconteça algum gasto das participantes relacionado a pesquisa, haverá ressarcimento.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos das pesquisadoras responsáveis: Dr^a Rosângela da Silva Santos (orientadora); Helaine Maria da Silva Oliveira (Mestranda de Enfermagem- PPGENF). Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (instituição proponente) - Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: coep@sr2.uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

E ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) que é comitê de ética da instituição coparticipante localizado na Rua: Evaristo da Veiga, n 16 – 4º andar – Sala 401 – Centro/ Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 – CEP: 20031-040 – Email: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome do(a) participante: _____ Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B - A construção das Categorias e Subcategorias

Unidades de significação	Numero de UR	Nº DE ENTREVISTADAS	Subcategorias	Categoria 1		
Conhecer a rua na infância/ Nascer na rua	11	05	As situações familiares como fator decisivo para a vivência na rua, contíguo ao uso de drogas e a situação conjugal 313 UR	<u>Motivos e percepções da mulher negra sobre sua vivência em situação de rua</u> <u>(313 +407)= 720 UR</u>		
Conflito familiar/ Homossexualismo Impedimento da maternidade/ maternagem/ Amamentação X Uso de drogas/álcool Violência física intrafamiliar/ Violência sexual/ estupro/ Delitos em casa Preservação da Familiar	127	19				
Perda/Quebra de vínculo Familiar	42	13				
Sentimento de Rejeição/abandono Morte familiar/luto	52	15				
Ausência de Condição Financeira/Desemprego	28	12				
Relacionamento amoroso conflituoso Uso de Drogas/Álcool	53	13				
Vida complicada/ Sofrimento/Dor Medo/Preocupação/trauma	81	20			Vivência na rua: um cenário de vulnerabilidades (individual, social e programática) 407 UR	
Risco de Femicídio	09	05				
Vulnerabilidade por ser mulher negra (entraves)	22	10				
Violência sexual	02	02				
Violência física de parceiros	21	07				
Maternagem/Perda dos filhos (perda da condição de ser mãe)	43	13				
Mãe solo	06	05				
Preconceito/ Homofobia	22	08				
Injustiça/ Morte injustiçada/ Espaço de Covardia/ Lugar difícil/ sobrevivência/ Perigoso/Ruim/Violento/ Risco de Morte	72	17	Vulnerabilidade Social 130 UR			
Apresentação as Drogas lícitas/ilícitas	10	09				
Segregação social na pandemia	14	12				
Falta de alimentação	16	12				
Higiene dificultada	08	06				
Casa de estuque/ Condições precárias de moradia	10	08				
Falta de Oportunidade/ Rede de Apoio Governamental	19	06			Vulnerabilidade Programática 71 UR	
Abrigos Ruins	03	03				
Invisibilidade na rua/ reclusão	19	12				
Pandemia indiferente	11	11				
Isolamento social na pandemia	12	09				
Entraves no acesso aos serviços de saúde - Instituição Hospitalar/	07	03				

Maternidade				
Unidades de significação	<i>Numero de UR</i>	<i>Nº DE ENTREVISTADAS</i>	Subcategorias	Categoria 2
Uso de álcool	40	11	O uso de substâncias psicoativas e Situações de comorbidades: um cotidiano comum na rua 163 UR	Saúde da mulher negra na rua (163+199+172)= 534 UR
Uso de drogas ilícitas	46	16		
Uso de tabaco	06	06		
Uso de álcool/droga p/ proteção do Covid	04	03		
Portadora de HIV	05	02		
Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose	04	03		
Doença respiratória	06	03		
Gravidez não planejadas na rua	08	04		
Depressão/ Depressão Pós-Parto/Ansiedade/Tristeza	31	15		
Psicopatias/Saúde mental/Atraso mental	06	03		
Automutilação/Suicídio	07	04		
Auxílio do governo	08	06	Ações governamentais e não governamentais e o cuidado em saúde 199 UR	
Abrigo	07	05		
Apoio de Mulheres Trans	03	02		
Suporte dos Policiais “Seguranças Presentes”	03	02		
Ajuda de lugares/CEAM	10	05		
Outras Rede de apoio	46	17		
Autocuidado /Controle da abstinência	34	15		
Distanciamento das cenas de uso	07	06		
Internação Hospitalar	09	05		
Internação/ Apoio no CAPS	07	06		
Assistência do CnaR	40	16		
Vacinação p/Covid-19	04	04		
Clínica Terapêutica	08	05		
Benefício terapêutico/escuta qualificada da pesquisadora	13	09		
Sentimento de Fortaleza (autoestima)	44	15	A resiliência de mulheres em situação de rua: Os sentimentos e a Espiritualidade 172 UR	
Uso da fé/ crença religiosa	43	14		
Sentimento de pertença na família/ filhos – empoderamento	26	11		
Amadurecimento/Vontade de Mudança de vida	59	18		

ANEXO A – Termo de Anuência Institucional CAP 1.0



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

CAP 1.0

A COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0-CAP 1.0, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado : **A Vivência de Mulheres Negras na transição para a situação de rua durante a pandemia COVID 19, na perspectiva de Afaf Meleis**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr^a Rosângela da Silva Santos (orientadora) e Helaine Maria da Silva Oliveira (Mestranda de Enfermagem PPGENF/ UERJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anueente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 01/06/2022.

APARECIDA CANO
 Coordenadora Geral de Saúde da AP 1.0
 SMS-RJ

AMANDA APARECIDA CANO

Coordenadora Geral de Saúde da AP 1.0

Matrícula:11/293.194-7

ANEXO B – Termo de Anuência Institucional CAP 3.2



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
COORDENAÇÃO CAP 3.2

A Coordenação de Área Programática – CAP 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado **A Vivência de Mulheres Negras na transição para a Situação de Ruadurante a pandemia para COVID 19, na perspectiva de Afaf Meleis**, sobre responsabilidade da pesquisadora **Helaine Maria da Silva Oliveira**, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 12/04/2022

Paula Carneiro
Coord. Área Programática CAP 3.2
Mat. 11/2000001

Paula Carneiro – Coordenadora da CAP 3.2

Assinatura e Carimbo da Coordenação

ANEXO C – Termo de Anuência CMS Marcolino Candau



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

O CMS MARCOLINO CANDAU DA CAP 1.0 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoiar a realização do projeto de pesquisa intitulado: **A Vivência de Mulheres Negras na transição para a situação de rua durante a pandemia COVID 19, na perspectiva de Afaf Meleis**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr^a Rosângela da Silva Santos (orientadora) e Helaine Maria da Silva Oliveira (Mestranda de Enfermagem PPGENF/ UERJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 500/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 500/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "arrecada" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 01/06/2022.

Nathália Chagas Martins Moreira
CMS Marcolino Candau
Gestora Serviços Saúde
ADMS/SPM/PAS

Assinatura e carimbo do Diretor

ANEXO D – Termo de Anuência CF Anthídio Dias da Silveira



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

O/A

CF Anthídio Dias da Silveira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado **A Vivência de Mulheres Negras na transição para a Situação de Rua durante a pandemia para COVID 19, na perspectiva de Afaf Meleis**, sobre responsabilidade da pesquisadora **Helaine Maria da Silva Oliveira**, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

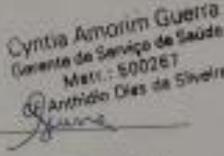
Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

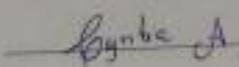
Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 13 / 04 / 2022.


 Cynthia Amorim Guerra
 Gerente de Serviço de Saúde
 Matr.: 500267
 CF Anthídio Dias da Silveira


 Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO E – Termo de Anuência CF Nélio de Oliveira



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

A CLÍNICA DA FAMÍLIA NÉLIO DE OLIVEIRA DA CAP 1.0 da Secretaria Municipal de Saúde da Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado:

A Vivência de Mulheres Negras na transição para a situação de rua durante a pandemia COVID 19, na perspectiva de Afaf Meleis, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr^a Rosângela da Silva Santos (orientadora) e Helaine Maria da Silva Oliveira (Mestranda de Enfermagem PPGENF/ UERJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

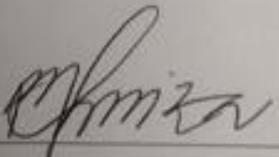
Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 01/06/2022



Assinatura e Carimbo do Diretor

M^{te} Luiza Invechia
Epidemióloga
COREN 70542

SIACTO-CAP 1.0
Clínica da Família Nélio de Oliveira
CNJ: 42899733000142
Rua Visconde de Albuquerque, 189 - Cambaia
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20220-000

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Vivência de Mulheres Negras na transição para a Situação de Rua durante a pandemia para COVID 19, na perspectiva de Afaf Meleis

Pesquisador: HELAINE MARIA DA SILVA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61184822.9.3002.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

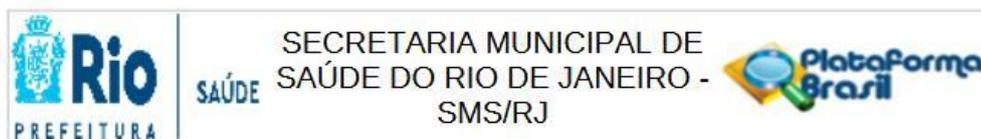
Número do Parecer: 5.743.464

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto" foram retiradas do documento **Informações Básicas do Projeto** (arquivo intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2007254.pdf", postado em 21/10/2022):

RESUMO: "A pesquisa tem como objeto de estudo, a transição da mulher negra em situação de rua, durante a pandemia para COVID 19. O objetivo geral será: Analisar as transições das mulheres negras em situação de rua durante a pandemia para COVID 19; os objetivos específicos: Identificar as transições vivenciadas pelas mulheres negras em situação de rua durante a pandemia para COVID - 19, a partir de suas narrativas de vidas e Descrever as transições vivenciadas por mulheres negras em situação de rua, durante a pandemia COVID - 19. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, e utilizará o método Narrativa de Vida na perspectiva etnossociológica de Daniel Bertaux. Para a coleta de dados será utilizada a seguinte questão norteadora: Fale sobre sua vida com relação estar em situação de rua, antes e durante a pandemia de COVID 19. Os locais de realização da pesquisa serão os consultórios na rua localizados nas áreas programáticas (AP) 1.0 e 3.2. A escolha dessas AP's é decorrente de terem em seus territórios, as regiões do Centro/Rio Janeiro e Jacarezinho, as quais possuem uma grande concentração de pessoas em situação de rua. As participantes do estudo serão mulheres que se autodeclarem negras, que viviam em situação de

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.743.464

CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do exposto, o CEP/SMS-RJ, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466/2012, e na Norma Operacional CNS n.º 001/2013, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

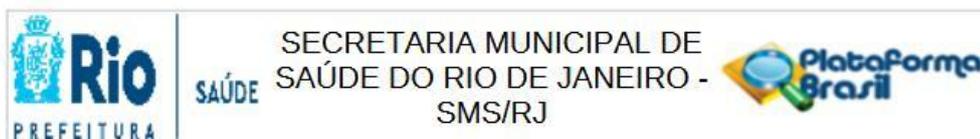
Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.743.464

CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

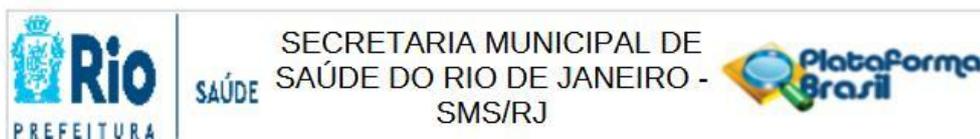
Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2007254.pdf	21/10/2022 02:30:00		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.743.464

Outros	ICD.docx	21/10/2022 02:26:53	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	21/10/2022 02:25:42	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Rosangela_da_Silva_Santos.pdf	21/10/2022 02:24:10	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_correto_HELAINÉ.pdf	21/10/2022 02:23:14	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Negativa_de_Custos_Helaine.docx	21/10/2022 02:21:49	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	TAI_NELIO_DE_OLIVEIRA.jpg	21/10/2022 02:20:02	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	TAI_CF_ANTHIDIO_HELAINÉ.pdf	21/10/2022 02:17:51	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	TAI_MARCOLINO_CANDAU.pdf	21/10/2022 02:16:13	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_resposta_prefeitura_CORRETA.pdf	21/10/2022 02:15:02	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma_corrigido.docx	21/10/2022 02:12:40	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.doc	21/10/2022 02:11:38	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Dissertacao_Helaine_Oliveira_CORRETO.pdf	21/10/2022 02:10:51	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_coep.pdf	19/08/2022 09:02:18	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Dissertacao_Helaine_Oliveira_corrigido.pdf	19/08/2022 09:00:00	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_1.pdf	19/08/2022 08:59:06	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_CAP_3_2.pdf	27/06/2022 10:43:39	HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito

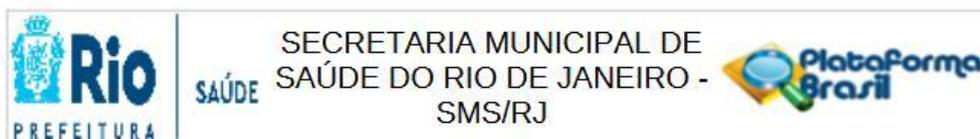
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.743.464

RIO DE JANEIRO, 07 de Novembro de 2022

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br